Nr. 9. 1. marca 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

K. MICHEJDA. Wilno.

Uwagi w sprawie leczenia przedziurawionych wrzodów żołądka.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Dyrektor: Prof. dr. K. M i c h e j d a.

Postępowanie przy zapaleniu otrzewnej, wynikłem z przedziurawienia wrzodu żołądka i dwunastnicy, jest przedmiotem, w chwili obecnej bardzo żywo dyskutowanym w piśmiennictwie. Spór toczy się o metodę operacji, w szczególności o to, czy resekcja żołądka w tym stanie jest wskazana, czy też nie. Nie chcąc bynajmniej przesądzać tej sprawy, chcę dorzucić do powyższego tematu kilka luźnych uwag.

Przed dwoma laty operowałem w klinice chirurgicznej U. J. w Krakowie chorego, który przyjęty został z objawami zapalenia otrzewnej, wynikłego z przedziurawienia wrzodu żołądka. Przy operacji stwierdziłem duże modzelowate owrzodzenie na krzywiźnie małej z przedziurawieniem w samym środku; otwór w ścianie żołądka miał około $^1/_2$ cm średnicy. Zapalenie otrzewnej było dość ograniczone z powodu licznych sklein naokoło głównego ogniska chorobowego. Zaszyłem z wielką trudnością otwór w żołądku szwami jedwabnemi, pokryłem go siecią i zaszyłem brzuch. Rana zagoiła się doraźnie. Mniej więcej w 8 dni po operacji chory zmarł wskutek zapalenia płuc. W ciągu tych 8 dni objawy zapalenia otrzewnej ustąpiły. Sekcja, wykonana w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. wykazała zapalenie płuc, jako przyczynę śmierci.

Na otrzewnej zmian zapalnych nie było; co jednak najwięcej uderzało to to, że na żołądku tylko z trudnością odszukano ślady po wrzodzie. Wrzód był — powiedzieć można — idealnie zagojony.

Przypadek ten utkwił mi żywo w pamięci, jednak nie ogłaszałem go dlatego, że był pojedynczy. W roku bieżącym jednakże na oddziale chirurgicznym szpitala wojskowego w Wilnie, który to oddział pracuje równolegle z kliniką chirurgiczną Uniw S. B., operowano przypadek podobny (T y m i ń s k i). Chodziło również o przedziurawienie wrzodu, usadowionego około odźwiernika na małej krzywiźnie, wrzodu który zaszyto, a którego na sekcji w 7 dni po operacji nie było można odnaleźć; dopiero nitki jedwabne wskazały miejsce przedziurawienia i szwu żołądka.

O podobnych, względnie takich samych przypadkach wspomina bardzo pobieżnie N a s t - K o l b w numerze 34 rocznika 1924 *Zentralblatt für Chirurgie.* W numerze 43 tego samego rocznika R u p p opisuje nieco obszerniej jeden przypadek do naszych bardzo podobny, a o drugim tylko wspomina.

Nasuwa się przypuszczenie, że to z n a k o m i t e g o j e n i e s i ę w r z o d u ż o ł ą d k a p o p r z e d z i u r a w i e n i u n i e j e s t z j a w i s k i e m p r z y p a d k o w e m, a l e m a c e c h y p r a w i d ł o w o ś c i; że — być może — jeśli zdołamy opanować zapalenie otrzewnej, to sam wrzód zagoić się może po przedziurawieniu w czasie stosunkowo bardzo szybkim i w sposób prawie że idealny bez pomocniczych zabiegów.

Nie mając możności sprawdzenia powyższego przypuszczenia na skromnym materjale wileńskiej kliniki, która dopiero od stycznia b. r. jest czynna i której organizacja jest daleką od ukończenia, podaję je do wiadomości.

Analogiczne zjawiska w patologji są znane. I tak z okulistyki wiadomo, że wrzód rogówki, przedziurawiwszy ją, goi się znakomicie i szybko; abstrahować oczywiście trzeba od powikłań, jakie fakt przedziurawienia może wywołać. Wiadomo, że okuliści korzystają z tego nawet w celach leczniczych (operacja Saemischa). Aż nadto znane jest znakomite gojenie się przedziurawienia wyrostka robaczkowego w przypadkach, w których doprowadziło ono do ograniczonego nacieku lub ropnia. Wszyscy wiemy, że w tych przypadkach wystarczy najzupełniej nacięcie samego ropnia i że nawet stwierdzenie kamyków kałowych w ropniu nie stwarza potrzeby zaopatrywania wyrostka robaczkowego, w którym otwór goi się zupełnie dobrze. W tych przypadkach, jak również wiadomo, rzadko występują nawroty zapalenia wyrostka robaczkowego.

Stwierdzenie na większym materjale prawdziwości mego przypuszczenia t. j. pewnej p r a w i d ł o w o ś c i w s z y b k i e m i d o b r e m g o j e n i u s i ę w r z o d ó w ż o ł ą d k a p o p r z e b i c i u, miałoby niewątpliwie duże znaczenie dla sprawy leczenia wrzodów przedziurawionych ale może nawet i dla wrzodów nieprzedziurawionych, względnie pewnych ich postaci.

Czy w takim razie resekcja, albo nawet i gastroenterostomja byłaby wskazana przy przedziurawieniu wrzodu? Czy w leczeniu pewnych wrzodów nieprzedziurawionych, może tylko modzelowatych nie należałoby pójść innemi niż dotychczas drogami?

Na pytania te odpowiedzieć będzie można na podstawie materjału większego, starannie i wszechstronnie opracowanego. Z naszej strony sprawie tej poświęcimy baczną uwagę. Choć bowiem wnioski nie byłyby zgodne z panującym dziś kierunkiem w piśmiennictwie, kierunkiem radykalnym, to jeszcze to samo nie obniża ich wartości. Dość przypomnieć koleje, jakiemi kroczyły nasze poglądy n. p. na sprawę leczenia urazowych spraw zapalnych kończyn, te przeskoki od skrajnego radykalizmu do skrajnego konserwatyzmu, równie jak tamten nieuzasadnionego. Dzisiejszy pęd do resekcji żołądka, resekcji jak najrozleglejszej i to nawet w tych przypadkach, gdzie wycięta część żołądka nie może objąć samego wrzodu, usadowionego n. p. w dwunastnicy (F i n s t e r e r), przypomina okres amputacji kończyn ze wskazań, których dziś nie uważamy za dostateczne.

Oto powód, dla którego uważam za wskazane podkreślić znaczenie spostrzeganych przypadków, choćby one stawały w poprzek, dziś propagowanym tendencjom.

M. FEJGIN i J. CYGELSTREICH. Warszawa.

O zawartości cholesteryny i cukru we krwi.

(Z I. Oddziału szpitala Wolskiego w Warszawie). Ordynator: Dr. Anastazy L a n d a u.

Doniesienie drugie.

W poprzedniej serji doświadczeń (p. doniesienie I.) wykazaliśmy wpływ obarczenia ustroju pokarmem, obfitującym w cholesterynę, a nie zawierającym węglowodanów, oraz wpływ zastrzyku adrenaliny na zachowanie się cukru i cholesteryny we krwi. Okazało się, że taki bodziec pokarmowy (żółtka) wyraźnie podnosi krzywą glikemji (o 25%) przeciętnie), nie tak znacznie — krzywą cholesterynemji (o 11%); zastrzyk dożylny 0,25 mlgr. adrenaliny, jednoczesny z podaniem żółtek, powoduje znaczne wzniesienie zawartości cukru we krwi (o 64%), natomiast obniża zawartość cholesteryny (o 7%). Ten ostatni wynik zgadza się z wynikami, otrzymanemi przez A l p e r n'a i C o l l a z o'a (16) na psach. Idąc dalej w kierunku wyjaśnienia, czy istnieje jakiś związek bezpośredni pomiędzy przemianą węglowodanów i cholesteryny, nasuwała się logiczna konieczność zbadania wpływu innych jeszcze czynników, regulujących przemianę, wzgl. rozmieszczenie tych dwóch substancji w ustroju. Wśród czynników tych dwa niewątpliwie decydującą odgrywają rolę, a mia-

Nr.	Rozpoznanie przypadku	Cukier we krwi						Cholesteryna we krwi				
		Naczczo	Po 24 godz. głodu	Po spożyciu cukru				Naczczo	Po 24 godz. głodu	Po podaniu cukru		
				15'	60'	120'	180'			60'	120'	180'
1	Nephrosis	1,2‰	0,6‰	1,02‰	1,32‰	1,9‰		1,8‰	2,4‰		2,1‰	
2	Stenosis mitralis	0,9‰	0,6‰	1,2‰	1,3‰	1,5‰		1,7‰	1,01‰		1,42‰	
3	Icterus parenchymatosus	1,24‰	0,72‰	1,5‰	1,74‰	2,4‰		2,1‰	2,5‰		2,2‰	
4	Podejrzenie kamicy żółciowej	1,12‰	1,02‰		1,5‰		1,4‰	1,8‰	1,79‰	1,4‰		1,3‰
5		1,04‰	0,9‰		1,06‰		1,0‰	0,96‰	1,14‰	0,87‰		0,93‰
6		1,17‰	0,89‰		1,28‰		1,2‰	1,29‰	1,6‰	1,5‰		1,6‰
7		0,96‰	0,89‰		1,04‰		1,02‰	1,6‰	1,66‰	1,74‰		1,56‰

nowicie — głód, jako czynnik ujemny, zmuszający ustrój do mobilizacji i zużywania swoich środków rezerwowych glikogenu i tłuszczu, oraz obarczenie pokarmem węglowodanowym, działające w kierunku wprost przeciwnym — powiększania zapasu glikogenu, a zapewne i tłuszczu. Sprawa ta wydawała się ciekawą jeszcze i z tego względu, że nasuwała się tu możność porównania wpływu przecukrzenia krwi poadrenalinowego (czynnego) na cholesterynemję z przecukrzeniem biernem — po spożyciu nadmiaru węglowodanów. Zauważyć tu musimy, że wszyscy autorzy zgodnie potwierdzają, iż zawartość cholesteryny we krwi ulega zawsze zupełnie równoległym wahaniom z zawartością wszystkich tłuszczów wogóle (Arnoldi (18), Alpern i Collazo (16), Arnoldi i Collazo (17), tak, że zmiany krzywej cholesterynemji z dużem prawdopodobieństwem uważać możemy za zupełnie ścisły wykładnik zmian krzywej lipemji — i przeciwnie.

Otóż na szeregu osobników bez specjalnych zaburzeń ze strony przemiany materji wykonaliśmy następujące badania. Rano, naczczo określaliśmy we krwi badanego zawartość cukru i cholesteryny. W ciągu dalszych 24 godzin chory nie otrzymywał żadnego pokarmu, oprócz herbaty bez cukru; następnego ranka (t. j. po 36-cio godzinnym głodzie) znów oznaczaliśmy ilość cukru i cholesteryny we krwi. Teraz podawaliśmy choremu 100 gr. cukru w herbacie i w ciągu następnych 2-ch względnie 3-ch godzin badaliśmy 2 do 3 razy cukier i cholesterynę.

Wszystkiego poddano takiemu badaniu 12 chorych, ale tylko na 7-iu można było przeprowadzić to dość uciążliwe doświadczenie całkowicie i ściśle — i te tylko 7 przypadków przytaczamy tutaj (p. tablicę). Przytem w pierwszych 3-ch przypadkach zawartość cukru określana była w 15', 60' i 90' po spożyciu 100 gr. cukru, a cholesteryna tylko w 90' po spożyciu. W pozostałych zaś 4-ch i cukier i cholesterynę określaliśmy w 60' i w 180' po spożyciu (naczczo i po 36 godzinnym głodzie. Oczywiście we wszystkich badanych przypadkach określane były te wartości niezależnie). Otóż, jak widać z załączonej tablicy, zawartość cukru naczczo u wszystkich badanych osób wahała się od 0,9‰ do 1,24‰, czyli była w granicach normy. Po dalszych 24-ch godzinach głodu zawartość ta obniżała się dość znacznie: z 1,2‰ na 0,6‰ w przypadku Nr. 1 (*nephrosis*); z 0,9‰ na 0,6‰ w przyp. Nr. 2 (*stenosis mitralis*), z 1,24‰ na 0,72‰ w przyp. Nr. 3 (*icterus parenchymatosus*), mniej wybitnie, ale zawsze wyraźnie — w pozostałych (z 1,12‰ na 1,02‰ w przyp. Nr. 4; z 1,04‰ na 0,9‰ w Nr. 5; z 1,17‰ na 0,89‰ w Nr. 6; z 0,96‰ na 0,89‰ w Nr. 7). Spożycie 100 gr. cukru powoduje we wszystkich przypadkach wzniesienie krzywej glikemji. Jednak tu zaznaczają się znaczne różnice indywidualne w sposobie reagowania różnych osobników na ten sam bodziec. W przyp. Nr. 1, 2 i 3 mamy bardzo znaczne, późno się nasilające i długotrwałe wzmożenie zawartości cukru: po 2-ch godzinach w tych przypadkach otrzymujemy najwyższe wartości — i to bardzo znacznie różniące się nie tylko od wartości po 36 godzinnym głodzie, ale i od normalnej wartości na czczo; (z przyp. Nr. 1 po 2-ch godzinach 1,9‰ zamiast 0,6‰ przed spożyciem; w przyp. Nr. 2 1,5‰ zamiast 0,6‰, w przyp. Nr. 3 aż 2,4‰ zam. 0,72‰).

W przypadkach tych już po 15' zresztą następuje b. wybitna reakcja. W dalszych 4-ch przypadkach natomiast, które dotyczą osobników bez wyraźnych zmian chorobowych (podejrzenie kamicy żółciowej), widzimy reakcję daleko słabiej zaznaczoną i bardziej krótkotrwałą; po 2-ch godzinach zawartość cukru zmniejsza się już (przyp. Nr. 4) lub powraca do normy (przyp. Nr. 5, 6 i 7). Najwyższą zawartość cukru z tej grupy widzimy w przyp. Nr. 4 w godzinę po spożyciu cukru (1,5‰ zam. 1,02‰ przedtem), a w ciągu następnych 2-ch godzin ilość zaczyna opadać (1,4‰ po 3 godz.) W przyp. Nr. 6 zawartość cukru podniosła się z 0,89‰ na 1,28‰, ażeby w ciągu następnych 2-ch godzin obniżyć się już nieco (do 1,2‰). W przypadkach Nr. 5 i 7 wahania wogóle były nieznaczne.

Co się tyczy zawartości cholesteryny, to naczczo otrzymywaliśmy u badanych ilości, odpowiadające normie, wzgl. nieznacznie odchylające się od przyjętych za normę wartości. W przyp. Nr. 3 2,1‰ nieznaczna hypercholesterynemja, w przyp. Nr. 5 0,96‰ hypercholesterynemja niezbyt wybitna, w przyp. Nr. 1, 2 i 4 1,8‰ i 1,7‰ górna granica normy, w pozostałych 2-ch 1,29‰ i 1,6‰ norma.

Po dalszym 24 godzinnym głodzie tylko w przyp. Nr. 2 zawartość cholesteryny obniżyła się z 1,7‰ na 1,01‰, w przyp. Nr. 4 i Nr. 7 pozostała bez zmiany, we wszystkich zaś innych wyraźnie się wzniosła: z 1,8‰ na 2,4‰ (N. 1), z 2,1‰ na 2,5‰ (Nr. 3), z 0.96‰ na 1,14‰ (Nr. 5), z 1,29‰ na 1,6‰ (Nr. 6).

Spożycie 100 gr cukru trzcinowego natomiast spowodowało wyraźną tendencję do obniżenia cholesterynemji i to nawet poniżej zawartości naczczo w przypadku Nr. 2 (1,4‰ zamiast 1,7‰ naczczo), Nr. 4 (1,3‰ zamiast 1,8‰ na czczo) i Nr. 5 (0,87‰ zamiast 0,96‰ naczczo), poniżej zaś poprzedniej zawartości po głodówce w przyp. Nr. 1 2,1‰ zamiast 2,4‰ po głodówce) i Nr. 3 (2,2‰ zamiast 2,5‰ po głodówce). Przyp. Nr. 6 na spożycie cukru nie reagował właściwie zupełnie, przynajmniej w przeciągu 3-ch godzin, które obejmowało nasze badanie; przyp. Nr. 7. po

chwilowem nieznacznem wzniesieniu cholesterynemji (1,74‰ w 60' po spożyciu cukru zamiast 1,60‰ poprzednio) w ciągu następnych 2 ch godzin wykazał wyraźny, w porównaniu z poprzednią zawartością spadek (do 1,56‰ zamiast 1,74‰.

Przyglądając się dalej tablicy, stwierdzić możemy, że nietylko kierunek wahań krzywej cholesterynemji pozostaje w ścisłej i odwrotnej zależności z wahaniami glikemji, ale nawet rozmiar-amplituda tych wahań u tych samych osobników jest identyczna. A więc w przyp. Nr. 1, 2, 3 i 6 stosunkowo znacznym wahaniom krzywej glikemji pod wpływem głodu, odpowiadają również znaczniejsze zmiany zawartości cholesteryny. W przyp. Nr. 5 i 7 bardzo nieznacznym zmianom glikemji (1,04‰—0,96‰ i 0,96‰—0,89‰) odpowiadają minimalne wahania krzywej cholesterynemji (0,96‰—1,14‰ i 1,6‰—1,66‰) po okresie głodu. W przyp. Nr. 4, w którym krzywa glikemji mało się zmieniła pod wpływem głodu (1,12‰—1,02‰), a który dość wybitnie reagował na spożycie 100 gr. cukru przez wzniesienie zawartości cukru we krwi z 1,02‰ na 1,5‰ z 60', stwierdzamy zupełnie analogiczną kolejność zmian w zawartości cholesteryny, żadnego wpływu głodu (1,8‰—1,79‰), wybitne obniżenie po spożyciu cukru do 1,4‰ w 60' a 1,3‰ w 180' po spożyciu. Zadziwiająca zgodność — tem bardziej, że oznaczanie cukru i cholesteryny dokonywane było niezależnie od siebie — przez różne osoby i dopiero potem zestawiano wyniki.

Reasumując tedy wyniki nasze zarówno obecnej, jak i poprzedniej serji badań, możemy ogólnie powiedzieć, że 1°) pokarmy, obfitujące w cholesterynę. a nie zawierające węglowodanów, zwiększają wyraźnie zawartość cukru i cholesteryny we krwi; 2°) czynniki, które, jak zastrzyk adrenaliny lub spożycie większej ilości cukru, podnoszą krzywą glikemji, wpływają obniżająco na cholesterynemję; 3°) głód, zmniejszając wyraźnie zawartość cukru we krwi, powoduje wzmożenie cholesterynemji (przynajmniej w ciągu pierwszych 36-ciu godzin).

Piśmiennictwo.

1) C. Artom. Archives internationales de Physiologie v. XX. fasc. 2. 1922. — 2) Tenże. Ibid. u. XXII. fasc. 1. 1923. — 3) J. Parnas. Chemja fizjologiczna. — 4) Pr. O. Grosz. Klin. Wochenschr. N. 5. 1923. — 5) Pr. Eppinger. Berlin. Klin. Woch. N. 33. 1913. — 6) G. Ludeu. Collected Papers of the Mayo Clinic. v. XIII. 1921. — 7) Z. Michalski. Zbiór prac z zakresu ludzkiej patologji wewn. wydał pr. Rzętkowski 1923. 8) Tenże i J. Dąbrowska. Ibid. — 9) Pr. Orłowski. Polskie Archiwum Medycyny wewnętrznej T. I. zeszyt I. 1923. — 10) M. Richter-Quittner. Wiener Archiv f. innere Med. Band I. 1920. — 11) J. Heitz. Annales de Médecine. — 12) T. H. Oliver and A. Havorth. Lancet. July 1923. — 13) A. Chauffard. La lithiase biliaire. — 14) Czarnota-Bojarski. P. Archiwum Med. Wewn. T. I. Zeszyt II. 1924. — 15) A. Falcixtore. Giornal. d. clin. med. Parma. (Podług Berichte über die Physiol. und exper. Pharmakol. 1923. — 16) D. Alpern und J. A. Collazo. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. B. XXXV. Heft 4-6. (Über den Einfluss des Adrenalins auf den Blutchemismus im der Norm, in Hungerzustande und bei der Avitaminose). — 17) W. Arnoldi und J. A. Collazo. Zeitschrift. f. d. ges. exp. Med. B. XL v. 1924. — 18) W. Arnoldi. Ergeb. d. ges. Med. B. 5. r. 1925 (Stoffbewegung, Stoffverteilung und Stoffumsatz).

Dr. W. JANUSZ, asystent. Lwów.

Częstość raka i śmiertelność z powodu niego w świetle statystyki Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Zakładu: Prof. dr. W. Nowicki.

Dokończenie.

Przerzuty.

Złośliwość nowotworu cechuje się między innemi wzrostem niszczącym i tworzeniem się przerzutów. Cohnheim uważa, że złośliwość zależy nie tyle od samego nowotworu, ile od fizjologicznych właściwości odpornych poszczególnych narządów ustroju. Zapatrywanie to znajduje potwierdzenie w codziennych spostrzeżeniach oraz statystyce, wykazującej, że nie wszystkie narządy ustroju naszego są jednakowo chętnie nagabywane przez przerzuty.

Za przerzuty uważałem guzki wtórne, które powstały na drodze zawleczenia komórek ogniska pierwotnego w miejsca oddalone. Nacieczenia, szerzące się *per continuitatem* nie były przeze mnie uwzględniane w zestawieniu niniejszem. Przytoczona tabela przedstawia siedzibę raka pierwotnego i rozmieszczenie się ilościowe przerzutów, powstałych z ogniska pierwotnego. Nasze liczby przerzutów są może nieco mniejsze od podanych przez autorów niemieckich, którzy wyprowadzają dane swoje nie tylko na podstawie obrazu makroskopowego sekcji lecz na podstawie szczegółowych rozbiorów drobnowidowych. W zestawieniu mojem nie zawsze obraz mikroskopowy przerzutów był stwierdzany drobnowidem, toteż dla tego cyfry nasze są mniejsze od liczb innych autorów.

W zestawieniu mojem na 831 przypadków najrozmaitszych raków w 262 przypadkach nie stwierdzono wogóle przerzutów. W pozostałych 569 pierwotnych raków najrozmaitszych narządów stwierdzono 1263 przerzutów w poszczególnych częściach ciała. Jak z przytoczonej tabeli wynika przerzuty rakowe najchętniej rozprzestrzeniały się w gruczołach miejscowych i oddalonych, dalej w wątrobie i na błonach surowiczych. W dalszym kolejnym porządku występują w płucach, jajnikach, trzustce, tarczycy i t. d. Z narządów, które oszczędzane były przez przerzuty, a w których w żadnym przypadku zestawienia naszego nie zanotowano przerzutów są, stercz, migdałki i tchawica.

Z rakowo zmienionych narządów, które najczęściej dawały przerzuty w gruczołach, na pierwszem miejscu postawić należy raka żołądka, który również chętnie nagabywał przerzutowo błony surowicze i wątrobę. Z gruczołów oddalonych uderzająco często zajęte były gruczoły pachwinowe, okołoodbytnicze i szyjne. W 2-ch przypadkach raka żołądka stwierdzono *lymphangitis carcinomatosa* obu płuc. Zasługuje na pokreślenie, że w zestawieniu mojem tylko raz jeden stwierdzono przerzuty do opony twardej, pod postacią *pachymeningitis carcinomatosa* w przypadku raka żołądka. Mózgowie również w innym przypadku raka żołądka wykazywało obecność przerzutów. Usadowienie się przerzutów w mózgowiu, według tabeli naszej jest rzeczą dość rzadką, a najczęściej występującą przy raku oskrzeli. Według Dosquet'a (*Über die Metastasenbildung bei primären Lungen und Bronchialkrebsen. Virch. Ar. B. 234. Heft 2,3 r. 1921*) pierwotny rak oskrzeli i płuc daje przerzuty do układu ośrodkowego nerwowego w 31,4% a do nadnerczy — tkanki niejako spokrewnionej rozwojowo z substancją mózgową w 21,8%.

Pokrewieństwo to zaznacza się nietylko jednakową rozbudową z tkanki nerwowej ale i właściwościami chemicznemi co do zawartości w znacznych ilościach ciał lipoidowych, a także faktem, znanym w patologji, że u płodów bezmózgich (*Anencephalon*) występuje znaczny zanik nadnerczy. Raki innych narządów przerzucają się na układ ośrodkowy nerwowy w 0,9% i nadnerczy w 1,9%. Sprzyjającemi warunkami usadowienia przerzutów w układzie nerwowym i nadnerczy przy pierwotnych rakach płuca są według Lubarsch'a architektoniczne urządzenia krążenia naczyń włosowatych mózgowia i fizyko-chemiczne oraz może rozwojowe pokrewieństwa tych narządów między sobą. Już Virchow w r. 1853 zwrócił uwagę, że przy sprawach ropno-martwiejących w płucach mózg bywa ulubionem miejscem powstania przerzutów, zapewne z powodu jednakowych warunków chemicznych, ułatwiających zatrzymanie się przerzutów. Lubarsch sądzi, że przerzuty nowotworowe w mózgowiu powstają dopiero przy powtórnem zawleczeniu komórek. Pierwotny transport zawleczonych komórek zwykle ginie. Rozpad ich niszczy odpornościowe właściwości gleby macierzystej, użyźniając ją dla nowoprzybyłych po raz drugi komórek przerzutowych. Wspomniany przeze mnie w innem miejscu Blumenthal potwierdził powyżej podane przypuszczenie na drodze chemicznej. Według niego zaczyny autolityczne komórek rakowych posiadają nadzwyczaj silnie zaznaczające się właściwości, wykazujące zdolność rozpuszczania białka nie tylko na miejscu ale też na przestrzeni oddalonej (*Fernwirkung*). Zaczyny proteolityczne, obiegając w układzie naczyniowym, powodują *locus minoris resistentiae* i ułatwiają przyczepianie się komórek rakowych.

TABELA III.

Statystyka przerzutów rakowych.

Pierwotna siedziba raka	Liczba przypadków	Liczba przypadków bez przerzutów	Gruczoły: miejscowe	Gruczoły: miejscowe i oddalone	Gruczoły: oddalone	Gruczoły: Razem	Błony surowicze: otrzewna	Błony surowicze: opłucna	Błony surowicze: sieć	Błony surowicze: osierdzie	Błony surowicze: Razem
Warga	3	3 100,0									
Język	1	1 100.0									
Podniebienie	2	2 100,0									
Migdałek	1	1 100,0									
Krtań	18	13 72,2	5 27,7			5 27,7					
Tchawica	2	1 50,0	1 50,0			1 50,0	1 50,0				1 50,0
Oskrzela	50	1 0,2	25 50,0	12 24,0	3 6,0	40 80,0	1 2,0	12 24,0	1 2,0	2 4,0	16 32,0
Przełyk	45	23 51,0	14 31,0	3 6,6		17 37,0		2 4,4	1 2,2	3 6,6	6 13,0
Żołądek	370	96 25,9	108 29,2	93 25,1	41 11,0	242 65.4	92 25,0	18 4,8	81 20,8	2 0,5	193 52,1
Jelita	78	43 55,0	16 20,5	8 10,2	3 3,8	27 34,0	5 6,1	4 5,1	3 3,8		12 14,0
Wątroba	9	1 11,1	2 22,2	3 33,3	2 22,2	7 77,7	4 44,4	3 33,3	1 11,1		8 88,8
Drogi żółciowe	44	10 22,7	8 18,2	13 29,0	1 2,2	22 50,0	9 2,4	2 4,5	6 13,6		17 38,6
Trzustka	5	2 13,3	3 20,0	5 33,3	2 13.2	10 66,6	3 20,0	1 6.6	1 6,5		5 33,3
Otrzewna	5	2 40,0	1 20,0	1 20,0		2 40,0		1 20,0	3 40,0		4 80,0
Nerki	3	1 33,3		2 66.6		2 66.6					
Pęcherz moczowy	18	8 44,4	2 11,1	2 11,1		4 22,2	3 16,6	3 16,6		1 5,5	7 38,8
Stercz	6	3 50,0	2 33,3	1 16,6		3 50,0					
Macica	99	40 40,4	6 6,0	18 17,0	5 5,0	29 29,0	9 9,0	1 1,0	3 3,0		13 13,0
Jajnik	30	4 13,0	1 3,3	14 46,6		15 50,1	9 30,0	5 16,6	3 10,6		17 56,6
Sutek	19	8 42,0	3 15,6	2 10.5	3 15,6	8 42,1		2 10.5			2 10,5
Tarczyca	5	1 20,2	1 20,0	3 60,0		4 80,0		1 20,0		1 20,0	2 40,0
Nadnercza	4		1 25,0	3 75,0		4 100			1 25,0		1 25,0
Skóra	2	1 50,0		1 50,0		1 50,0				1 50,0	1 50,0
Razem . .	831	262	199	184	60	443	146	55	104	10	205

Pierwotna siedziba raka	Opona twarda	Mózg	Migdałek	Tchawica	Płuco	Przełyk	Żołądek	Dwunastnica	Jelita	Przepona	Wątroba	Woreczek żółciowy	Trzustka	Serce	Śledziona	Nerki
Warga																
Język																
Podniebienie																
Migdałek																
Krtań																
Tchawica																
Oskrzela		3 6,0			10 20,0		2 4,0		2 4,0	2 4,0	22 44,0		2 4,0		1 2,0	13 26,0
Przełyk					5 11,1						6 13,0		1 2,2		1 2,2	2 4,4
Żołądek	1 0,26	1 0,26			12 3,2	1 0,26	1 0,26	1 0,26	3 0,3	4 1,0	113 30,5	7 1,9	38 10,2		3 0,3	11 3,2
Jelita					3 3,8				6 7.6		25 32,0	4 5,1	4 5,1		1 1,2	3 3,8
Wątroba					4 44,4	1 11,1	1 11,1			2 22.2	3 33,3					3 33,3
Drogi żółciowe					3 6,8						20 45,4					
Trzustka					2 13,3		2 13,3			1 6,6	9 60,0	1 6,6				1 6,6
Otrzewna					1 20,0						2 40,0					2 40,0
Nerki					2 66,6						1 33,3					1 33,3
Pęcherz moczowy					3 16,6		2 11,1		1 5,5		3 16,6			1 5,5	1 5,5	2 11,1
Stercz											1 16,6					
Macica					5 5,0				5 5,0		15 15,0		2 2,0			2 2,0
Jajnik					2 6,6	2 6,6	2 6,6				7 23,0		1 3,3		2 6,6	1 3,3
Sutek					1 5,2						6 31,5					1 5,2
Tarczyca					4 80,0									1 20,0		2 40,0
Nadnercza										1 25,0	3 75,0					
Skóra					1 50,0						1 50,0				1 50,0	1 50,0
Razem . .	1	4			58	4	10	1	17	10	237	12	48	2	10	45

Pierwotna siedziba raka	Moczowody	Pęcherz moczowy	Stercz	Pochwa	Macica	Jajowody	Jajnik	Sutek	Tarczyca	Nadnercza	Kości	Mięśnie	Skóra
Warga													
Język													
Podniebienie													
Migdałek													
Krtań													
Tchawica													
Oskrzela							1 2,0		2 4,0	11 22,0	3 6,0	1 2,0	1 2,0
Przełyk										1 2,2	2 4,4		
Żołądek							34 9,2		1 0,26	12 3,2	5 1,3	2 0,5	1 0,26
Jelita					1 1,2		3 3,8			3 3,8			
Wątroba										2 22,2			
Drogi żółciowe										1 2,2			
Trzustka										1 6,6			
Otrzewna													
Nerki										1 33,3			
Pęcherz moczowy	1 5,5			1 5,5								1 5,5	1 5,5
Stercz	1 16,6	2 33,3											
Macica		19 19,1		13 13,1		2 2,0	10 11,0			1 1,0	1 1,0	1 1,0	
Jajnik										2 6,6	1 9,3		
Sutek							1 5,2	1 5,2		1 5,2	5 26,2	1 5,2	1 5,2
Tarczyca													
Nadnercza													
Skóra													
Razem . .	2	21		14	1	2	49	1	3	36	17	6	4

Nadzwyczaj ciekawy jest fakt, że raki specjalnie pewnych narządów wykazują pewną wybiórczą skłonność do propagacji przerzutów np. do układu kostnego. Takiemi rakami, według zestawienia naszego, jest rak sutka i żołądka, a według wielu autorów także rak stercza i tarczycy. W mojem zestawieniu przy raku sutka 5 razy stwierdzono przerzuty w układzie kostnym. Fuchs (*Zur Frage der Metastasenbildung bei Carcinoma mammae.* (*Dyss. Basel 1916 r*) wykazał, że u 50% na 100 sekcjonowanych przypadków raka sutka przerzuty przedewszystkiem występują w układzie kostnym. Według Limacher'a (*Virch. Arch, t. 151. Suppl. 1898 r. str. 113*) rak żołądka daje przerzuty do układu kostnego w 0,9% przypadków, rak przełyku w 2,2%, rak macicy w 5,7% i rak tarczycy w 36,9% przypadków. W mojem zestawieniu przerzuty w kościach przy raku żołądka występowały w 1,3%, przy raku przełyku 4,4%, przy raku macicy 1%, przy raku jajnika 9,3% i przy raku sutka 26,2%. Według Limacher'a rozmieszczenie przerzutów w układzie kostnym co do częstości występuje w następującym porządku: w kręgosłupie, kościach miednicy, kości udowej, żebrach i mostku, kości ramieniowej, w płaskich kościach czaszki i podudzia. Niemieccy autorowie nazywają raki zdolne do wytwarzania przerzutów do układu kostnego *»osteoplastische Carcinome«*.

Z rakowo zmienionych narządów macica co do ilości przypadków w zestawieniu mojem zajmuje, jak wiemy, 2-gie miejsce. Ważnem jest, że w 40 przypadkach, t. j. w 40,4% rak ograniczył się do samej macicy, nie dając przerzutów. W pozostałych 59 przypadkach rozsyła przerzuty do gruczołów w 29%, do błon surowicowych w 13%, do wątroby w 15%, do pęcherza moczowogo w 19,1%, pochwy w 13,1% i jajników w 11%. Niektórzy autorowie uważają macicę za stację nadawczą a jajnik za stację odbiorczą. Częstość występowania przerzutów w jajnikach spowodowała, że dział ten może najdokładniej opracowany jest w piśmiennictwie lekarskiem. Budowa jajnika, obfitująca w naczynia tętnicze i chłonne oraz częste przemiany fizjologiczne powoduje, że jajnik jest chętnem, wprost predysponowanem, miejscem osiadania i rozwoju przerzutów. Kohlman twierdzi, że jajnik jedynie w stanie czynnościowym jest zdolnym do wytwarzania licznych przerzutów.

Przerzuty w jajnikach dałyby się podzielić na trzy rodzaje: 1) takie, które powstają z narządów oddalonych, nie znajdujących się w żadnym stosunku, co do umiejscowienia, z jajnikiem. W tym przypadku Kaufman tłumaczy powstanie przerzutów na drodze krwionośnej. Komórki rakowe prześlizgiwałyby się przez przestrzenie chłonne dookoła naczyń a po przebiciu błony wewnętrznej do światła naczyń. 2) Takie przerzuty, które powstają z narządów ułożonych w jamie brzusznej, jak n. p. przewód pokarmowy, woreczek żółciowy, wątroba i sieć a pozostające w pewnym stosunku topicznym z jajnikiem. W tych przypadkach komórki rakowe wszczepiać się mogą bezpośrednio na powierzchnię jajników. Na poparcie tego przypuszczenia, Kraus przytacza doświadczenia swoje, wykonane z drobinami tuszu, które przenikały w krótkim czasie wgłąb miąższu jajnika. Autor ten uważa, że ruch robaczkowy jelit sprzyja przesuwaniu się komórek rakowych, które w miejscach fizjologicznie pękniętych pęcherzyków jajkonośnych, znajdowałyby doskonałe podłoże do dalszego rozwoju. Sitzenfrey stwierdza badaniami histologicznemi częstość występowania przerzutów na powierzchni jajników, które powstały zdaniem jego ze strony przewodu pokarmowego (*enterogennie)*. Nie bez znaczenia w tych przypadkach jest również możliwość wystąpienia przerzutów drogą naczyń chłonnych w kierunku wstecznym. Wreszcie 3) takie przerzuty, które powstają z narządów sąsiadujących z jajnikiem, a więc macica, jajowody i drugi jajnik. Offergeld oblicza, że 7% wszystkich raków macicy daje zwykle przerzuty do jajników. W mojem zestawieniu macica promieniowała przerzuty do jajników w 10-ciu przypadkach, co stanowi 11%. Żołądek posyła przerzuty w 9,2%, jelita w 3,8%. Rak sutka i rak oskrzeli dawały przerzuty do jajników po jednym razie.

Śledziona, zdaniem większości autorów, jest troskliwie oszczędzana przez przerzuty rakowe, co tłumaczą oni jej właściwościami — zdolnością wytwarzania niweczników komórek rakowych. Braunstein stara się ten pogląd uzasadnić doświadczalnie. Podskórne podawanie miąższu śledzionowego chroni zwierzęta laboratoryjne od wszczepianych raków. Pozbawienie zwierząt śledziony prowadzi zwierzęta, którym wszczepiono następnie tkankę rakową szybko do śmierci. Dla tego też sądzi on, że śledziona widocznie zdolna jest wytwarzać niweczniki i jest główną stacją produkującą przeciwciała rakowe. W mojem zestawieniu w śledzionie stwierdzono 10 razy przerzuty, 3 razy ze strony żołądka, 2 razy ze strony macicy i po jednym razie ze strony oskrzeli, przełyku, jelita, pęcherza moczowego i skóry. Przerzuty w śledzionie powstają zazwyczaj na drodze naczyń tętniczych zatorowo. Drogą żył i naczyń chłonnych przychodzą przerzuty dowozem wstecznym.

W sercu, według zestawienia naszego, stwierdzono przerzuty tylko dwa razy ze strony raka pęcherza moczowego, a w drugim przypadku ze strony raka tarczycy.

Ze względu na ograniczone miejsce nie mogę się rozwodzić nad rozmieszczeniem przerzutów, dlatego zmuszony jestem odesłać ciekawych do szczegółowej tabeli, w której podane są wszystkie dane, dotyczące poszczególnych narządów.

Przystępując do zestawienia statystyki raków uświadamiałem sobie znaczenie praktyczne uwzględnienia rozmieszczenia przerzutów dla medycyny praktycznej. W wielu razach bowiem pierwotne ognisko rakowe bywa tak małe, że przerzuty, zwłaszcza w narządach powierzchownych jak n. p. w kośćcu są w stanie przy szczegółowem badaniu ustalić punkt wyjścia nowotworów. W innych razach wystąpienie przerzutów w mózgu sygnalizuje sprawę nowotworową nie przejawiającą się klinicznie, jak to bywa przy małych rakach w oskrzelach.

Zbierając wyniki mego zestawienia pozwolę je streścić w kilku wnioskach.

1) Różnica procentowa w częstości raka za ostatnie dwa lata w materjale sekcyjnym zestawienia powyższego t. j. w r. 1922 i 1923 — (6.6 i 8,3%) wykazuje w r. 1923-cim niemal 1/3 więcej, niż w roku poprzednim.

2) Mężczyźni, według zestawienia powyższego częściej zapadają na raka, niż kobiety.

3) U kobiet rak najczęściej zachodzi w macicy.

4) Z rakowo zmienionych narządów największy odsetek przypada na raka żołądka, jelit i przełyku i przedewszystkiem u mężczyzn.

5) Rak dróg żółciowych i sutka w przeważającej ilości występuje u kobiet.

6) Największa ilość raków przypada w zestawieniu powyższem na wiek od 40 do 50 roku życia, poniżej lat 20-tu było 4 przypadki raka.

Piśmiennictwo*).

1) K. Karaffa-Korbut: Zarys higjeny. (Zasady statystyki sanitarnej). Wilno 1924. — 2) Bartkiewicz: Rak wargi dolnej. Warszawa. 1923 r. — 3) St. Ciechanowski: Stan sanitarny Galicji w świetle sprawozdania c. k. Krajowej Rady zdrowia z lata 1906 i 1907. Osobne odbicie ze »Słowa lekarskiego« 1911 r. — 4) T. Browicz: Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie. Dyskusja w Tow. lek. krakowskiem. Przegląd lekarski XLIX. — 5) A. Krokiewicz: Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka na podstawie materjału w prosektorjum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 5 i 6 Nowiny lekarskie V. IX. — 6) Centarowski: Statystyka raków z ostatnich lat dziesięciu. Przegląd Lekarski 1906 r. — 7) H. Kuhn: Statystyka śmiertelności z raka w Galicji w latach 1873—1912. Polska Gazeta Lekarska r. 1922 str. 394. — 8) B. Wejnert: Stosunek szpitalnictwa do chorych na raka wobec rozpowszechnienia się tej choroby. Idem str. 459. — 9) J. Sędziak: Rak pierwotny migdałka. — 10) A. Wilanowski: Dwa przypadki pierwotnego raka główki trzustki oraz cukromocz. Przegląd Lekarski 1906 r. — 11) A. Wrzosek: Badania, dotyczące powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd Lekarski XXV. — 12) S. Serkowski i J. Maybaum: Materjały do etjologji i statystyki raka. Czasopismo Lekarskie 1906 r.

*) Ze względu na szczupłość miejsca redakcja nie może podać zestawionego przez autora piśmiennictwa zagranicznego, ograniczając się do wydrukowania piśmiennictwa polskiego.

Z praktyki.

Dr. Henryka SAWICKA. st. asyst. kliniki. Lwów.

Przypadek łożyska przodującego szyjnego.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Kierownik: doc. dr. K. Bocheński.

A. J. lat 39 zamężna. Przyjęta dnia 15. IV. 1924. L. prot. 337,924. Rodziła 3 razy na czasie, prawidłowo, ostatni raz przed 16-tu laty. Ciąże, porody i połogi przebiegały normalnie. Roniła 4 razy, ostatni raz przed rokiem. Regularności miewała nieprawidłowo co 3—4 tygodnie, trwały 7—8 dni, zawsze były obfite i bolesne. Ostatnia 4. X. 1923.

Pierwsze ruchy poczuła w styczniu. W czasie dotychczasowej ciąży czuła się dobrze. Dopiero przed tygodniem wystąpiło krwawienie z części rodnych. Kilka razy badana była w domu przez położną, a skoro krwawienie nie ustępowało, lecz przeciwnie było coraz obfitsze, zgłosiła się do kliniki.

Badanie w chwili przyjęcia okazało stan następujący: Osoba wzrostu średniego, o budowie kośćca prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra i widoczne błony śluzowe wyraźnie blade.

Macica kulista, sięga dnem 3 palce powyżej pępka, od czasu do czasu wyraźnie się kurczy. Położenie płodu czaszkowe, drugie. Główka ruchoma, nad wchodem, płód żywy, miednica o wymiarach prawidłowych.

Krwawienia z części rodnych nie było, a badanie wewnętrzne dało obraz następujący: Część pochwowa krótka, gruba. Zgrubienie obejmuje przeważnie prawą stronę części pochwowej, jak również przednią i tylną, podczas gdy lewa ściana szyji była wyraźnie znacznie cieńsza. W ten sposób zgrubiała strona części pochwowej robiła wrażenie jakby guza, a w porównaniu do niej część lewa, była wybitnie ścieńczała. Ujście zewnętrzne rozwarte na palec.

Umiejscowienie ujścia zewnętrznego w stosunku do części pochwowej było wyraźnie ekscentryczne. Szyja drożna dla palca. W całej szyji czuć wyraźnie nierówności odpowiadające utkaniu łożyskowemu.

Dość energiczne skurcze macicy ustały i w ciągu następnych 2 dni nie było żadnych bólów, jak również i krwawienia. Dopiero dnia 18. IV. wystąpiły znów energiczne skurcze macicy, a równocześnie krwawienie z części rodnych i to dość obfite.

Badanie wewnętrzne wykazało: Ujście rozwarte na dwa palce, szyja rozdęta balonowato, a w niej utkanie łożyskowe, głównie po stronie prawej. Jedynie od lewej strony na nieznacznej przestrzeni ściana szyji wolna była od utkania łożyskowego. Ponadto stwierdzono, że utkanie łożyskowe rozpoczynało się tuż ponad ujściem zewnętrznem, tak, że tylko nieznaczny pasek ściany szyji ponad ujściem zewnętrznem był wolny i niezajęty łożyskiem.

Równocześnie wystąpiły silne dreszcze, ciepłota podniosła się nagle do 41°, tętno do 124'. Ponieważ zaś i krwawienie nie ustawało, wykonano przeto obrót na nóżkę sposobem Braxtona-Hiksa. W czasie zabiegu można było stwierdzić jeszcze raz niezbicie, że łożysko, umiejscowione było całkowicie w szyji i to głównie po stronie prawej i od przodu tak, że brzeg jego sięgał ku dołowi bardzo nisko, bo niedaleko od ujścia zewnętrznego. Po dokonanym obrocie obciążono nóżkę. Krwawienie wprawdzie ustało, lecz mimo to tętno rodzącej było bardzo nikłe. Wstrzyknięto podskórnie 5 gr. ol. camphorat. Równocześnie zaczęła rodząca bardzo obficie się pocić. Po obrocie macica kurczyła się dobrze i zaczęła rodzić płód coraz dalej i w 2 godziny przy pomocy ręcznej wydobyto płód nieżyjący wagi 1600 gr.

Wobec ogólnego stanu rodzącej i wobec tego, że łożysko było w całości usadowione w szyji przystąpiono zaraz po urodzeniu się płodu do ręcznego wyjęcia łożyska. W czasie wydobywania łożyska przekonano się jeszcze raz, że usadowione ono było w całości w rozdętej szyji, a oddzielenie go od ściany szyji napotykało na znaczne trudności z powodu ścisłego połączenia łożyska ze ścianą szyji. Przy oddzielaniu łożyska miało się chwilami wrażenie, że ściana szyji zajęta była przez tkankę łożyskową w całej swej grubości, a z utkania szyji pozostała tylko bardzo cienka blaszkowata warstwa. Górna część łożyska na nieznacznej przestrzeni umiejscowiona była w samej jamie macicy t. j. ponad szyją. Ta część łożyska była oddzielona i sterczała jako płat do jamy macicy.

Ponadto stwierdzono, że ciało macicy było twarde i dobrze skurczone, podczas gdy cały dolny odcinek i szyja były wiotkie, co oddzielenie łożyska niezmiernie utrudniało. Z wielką trudnością udało się wreszcie oddzielić łożysko i wydobyć na zewnątrz.

W czasie wyjmowania łożyska, a jeszcze więcej po wydobyciu go, krwawienie było bardzo obfite, pomimo, że macica znajdowała się w słabym skurczu.

Wobec tego wytamponowano ściśle macicę, a właściwie szyję i pochwę. Już w czasie wydobywania łożyska stan rodzącej był bardzo groźny, tętno ledwie wyczuwalne, nikłe, obfite zimne poty. Mimo zastosowania licznych środków, jak podskórne wstrzyknięcie soli fizjologicznej, olejku kamforowego, strychniny i t. d. stan rodzącej się nie poprawiał i wnet zmarła wśród objawów ostrej niedokrwności.

Sekcja zwłok wykonana tego samego dnia wykazała:

»*Status post partum. Uterus puerperalis. Anaemia universalis gravis. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa hepatis, myocardii, renum. Dilatatio cordis dextri. Anasarca laevis*«.

Preparat narządu rodnego w całości wydobyty przedstawia się następująco: (vide rycina).



1. Górna granica dolnego odcinka (Isthmus).
2. Dolna granica dolnego odcinka.
3. Ujście zewnętrzne.
4. Pochwa.

Przydatki macicy, przymacicza i pochwa bez zmian. Macica odpowiedniej wielkości, dolny odcinek i szyja w stosunku do ciała macicy wyraźnie pojemniejsze. Po przecięciu wzdłuż całej przedniej ściany macicy i rozłożeniu jej na boki stwierdza się stan następujący:

W ciele mięśeń macicy odpowiedniej grubości, blady. Po stronie prawej widać na nieznacznej przestrzeni w jamie macicy w jej dolnej części miejsce przyczepu łożyska pod postacią płata owalnego. Na niezajętej przez łożysko przestrzeni od strony lewej, widać już makroskopowo wyraźnie oddzielającą się górną granicę dolnego odcinka, czyli cieśni (isthmus), a poniżej dolną granicę tego odcinka, czyli górną granicę szyji. Poza wspomnianym płatem przeważna część łożyska umiejscowioną było okrężnie w dolnym odcinku i w szyji i to głównie po stronie prawej i od przodu. Dolna granica łożyska w szyji sięga mniej więcej ¼ cm, a miejscami 1½ cm powyżej ujścia zewnętrznego. Cały dolny odcinek i szyja wyraźnie są ścieńczałe, a miejscami stwierdza się niemal zupełny brak warstwy mięsnej, tak, że w tych miejscach prześwieca zaledwie cienka blaszka szyji względnie dolnego odcinka.

Badanie drobnowidowe z poszczególnych części macicy dało wynik następujący:

Kawałek ze środka dolnego odcinka:

Błona śluzowa zamieniona na błonę doczesną. Obok tego na powierzchni pasmo typowych kosmków kosmówki. Mięśniówka zmian nie wykazuje. W rozszerzonych naczyniach liczne skrzepy.

Górna granica dolnego odcinka.

Naczynia rozszerzone i zawierają liczne skrzepy krwi. Obfite skrzepy i poza naczyniami. Błona śluzowa zamieniona na doczesną, pokryta na powierzchni włóknikiem. Komórki decidualne głęboko wchodzą pomiędzy mięśnie mięśniówki.

Przejścia części pochwowej do pochwy.

Obfite ovula Nabothi wypełnione śluzem. Nabłonek płaski dobrze widoczny, miejscami się łuszczy. Pod nabłonkiem niewątpliwe nacieki drobnokomórkowe; obrzęk.

Dno macicy.

Przekrwienie. Nieco zgrubiałe ściany naczyń. Zupełny brak błony śluzowej. Większych zmian zresztą nie widać.

Jak z powyższego przedstawienia wynika mieliśmy w naszym przypadku do czynienia z łożyskiem przodującem usadowionem prawie w całości w cieśni (isthmus) i w szyji macicy.

Co do przyczyny tej nieprawidłowości w usadowieniu się łożyska do dzisiaj zapatrywania autorów nie są ujednostajnione, podobnie jak w ogólności co do łożyska przodującego. Liczne teorje łożyska przodującego, jak nieżyt macicy, silne skurcze mięśnia macicznego, zmniejszona przyczepność, a przez to upośledzona zdolność usadowienia się jaja płodowego w jamie macicy, uważane są za przypuszczenia mniej lub więcej prawdopodobne. Jak długo stosunki topograficzne wyobrażano sobie w ten sposób, że ujście wewnętrzne stanowi otwór, trudno było przyjąć, aby tak mały twór, jakim jest jajko w chwili usadowienia się w macicy mógł się usadowić ponad ujściem wewnętrznem. Otwór ten bowiem w stosunku do jaja jest tak wielki, że jajo musiałoby przez niego wypaść na zewnątrz i że nie prawdopodobna przyjąć, aby w tem miejscu łożysko pierwotnie mogło się wytworzyć. Zwłaszcza trudno możnaby sobie wytłumaczyć tę ewentualność przy łożysku całkowicie przodującem.

Natomiast przy bocznem przodowaniu łożyska możnaby przyjąć, że takowe w przypadkach usadowienia się jaja w okolicy ujścia wewnętrznego, brzegiem swym rozrosło się poza ujście wewnętrzne.

Tę trudność w wytłumaczeniu powstawania łożyska przodującego stara się Hofmeier rozwikłać i wyjaśnić przez powstawanie i wytwarzanie się t. zw. łożyska zagiętego (*Reflexplacenta*). Dowodzi on mianowicie, że w normalnych warunkach mniej więcej na początku trzeciego miesiąca ciąży zanikają kosmki w obrębie błony doczesnej zagiętej (*decidua reflexa)*, a to wskutek ucisku na naczynia przez rosnące jajo i upośledzonych przez to warunków odżywczych. Natomiast w obrębie doczesnej późnej (*decidua serotina s. basalis*) wobec korzystnych warunków odżywczych kosmki rozwijają się znacznie i w tym miejscu wytwarza się łożysko. Otóż zdaniem Hofmeiera i Kaltenbacha w niektórych przypadkach łożyska przodującego dzieje się tak, że na pewnej przestrzeni doczesnej zagiętej mimo rozrostu jaja płodowego warunki krążenia pozostają nadal korzystne i wskutek tego nie przychodzi do zaniku naczyń, a tem samem i kosmków. Skoro następnie wskutek powiększania się jaja płodowego nastąpi połączenie się doczesnej zagiętej z doczesną właściwą, a przebiegający ponad ujściem wewnętrznem odcinek łożyska przylgnie do ściany macicy, powstaje stan, który pod względem anatomicznym niczem się nie różni od stanu przy łożysku przodującem.

Ahlfeld nie godzi się na to tłumaczenie i sądzi, że stanu tego nie można uważać za łożysko przodujące. Dowodzi on mianowicie, że płat łożyska, który w ten sposób znajdzie się ponad ujściem wewnętrznem, będzie tylko sklejony luźnie ze ścianą macicy, a nie połączony z nią zapomocą naczyń maciczno-łożyskowych, jak to ma miejsce przy łożysku przodującem rzeczywiście.

Przy oddzielaniu się takiego łożyska zdaniem Ahlfelda musiałoby wcale nie być krwawienia lub mogłoby ono być tylko bardzo nieznaczne. Natomiast doświadczenie stwierdza coś wprost przeciwnego, a mianowicie obfite krwawienie początkowe przy łożysku przodującem, co przemawia za tem, że właśnie przodująca część łożyska połączona jest z macicą silnemi naczyniami.

To tłumaczenie Ahlfelda sprzeciwia się więc teorji Hofmeiera. Zresztą możemy w etjologji łożyska przodującego i bez tej teorji stosunki powstające dostatecznie sobie wytłumaczyć, przyjmując możliwość usadowienia się jaja płodowego nawet tuż ponad ujściem wewnętrznem. Możliwość taka nie jest wykluczona, a mechaniczne stosunki ujścia wewnętrznego na nie pozwalają.

Wiemy bowiem, że ujście, wewnętrzne w warunkach normalnych nie przedstawia właściwego otworu jak chce Hofmeier, ale że stanowi ono jakby włosowatą szczelinę, która właściwie jest zupełnie zamknięta, a to pod wpływem napięcia mięśnia macicy, zbliżonych do siebie fałdów błony śluzowej i wreszcie pod wpływem wydzieliny błony śluzowej.

Jakkolwiek bądź rzecz się ma, to na podstawie doświadczenia i analogji usadowienia się jaja płodowego pomiędzy fałdami błony śluzowej trąbki, przyjąć należy, że podobnie i w okolicy ujścia wewnętrznego może jajo płodowe usadowić się między fałdami pod nabłonkiem błony śluzowej. Koniecznem tylko jest aby jajo dostało się do tej warstwy błony śluzowej, która jest unaczyniona, bo tylko wówczas rozwój jego jest możliwy. W ten sposób przyjąć należy, że okolica ujścia wewnętrznego już od chwili usadowienia się jaja płodowego w jego obrębie leży w przestrzeni doczesnej późnej i że pierwotnie łożysko tam się wytwarza.

Teoretycznie atoli rzecz biorąc nie można wykluczyć, że i teorja Hofmeiera w niektórych przypadkach może znaleźć zastosowanie.

Dokładne badania drobnowidowe dowodzą, że pierwotne usadowienie się jaja płodowego możliwe jest i w tej części macicy, którą nazywamy cieśnią (isthmus). Błona śluzowa tego odcinka macicy pod wpływem ciąży ulega tym samym przemianom, co i błona śluzowa macicy. Jeżeli jajo usadowi się w tym odcinku i całe łożysko usadowione w nim będzie, powstaje t. zw. *placenta praevia isthmica totalis*, jeżeli zaś tylko część łożyska usadowiona jest w tym odcinku, będziemy mieli t. zw. *placenta praevia isthmica partialis* (Panków). W tym ostatnim przypadku usadawia się jajo wprawdzie w jamie macicy ale tak nisko, że łożysko rozrasta się częściowo poniżej jamy macicy t. j. cieśni.

W przypadkach, gdzie usadowione w okolicy ujścia wewnętrznego jajko w rozwoju swojem napotyka na warunki niekorzystne, mogą bujać kosmki w kierunku ku dołowi t. j. do szyji i w ten sposób powstaje łożysko t. zw. szyjne (*plac. praevia cervicalis*).

Jeżeli warunki odżywcze i w szyji dla rozwoju kosmków są niekorzystne, mogą one bujać nawet w głąb mięśnia szyji macicy, tak wzdłuż w kierunku ujścia zewnętrznego jak i wszerz ku zewnątrz i w ten sposób zająć ścianę szyji na większej lub mniejszej przestrzeni. Znane są przypadki (n. p. Schveitzera), że cała ściana szyji może w ten sposób ulec zniszczeniu i kosmki mogą nawet dalej bujać w przymacicze. Są to tak zwane przypadki *placenta cervicalis accreta*, do których i nasz przypadek należy zaliczyć, gdyż mieliśmy w nim do czynienia ze znacznem bujaniem utkania łożyskowego niemal przez całą grubość mięśnia szyji macicy.

Ze stanowiska praktycznego najważniejszą rzeczą jest postępowanie lecznicze. Głównem zadaniem jego jest, jak wiadomo opanowanie krwotoku. Ponieważ krwawienie to pochodzi od naczyń nie zacieśnionych w wiotkiej i niekurczącej się części macicy łatwo zrozumieć, że będzie ono tem większe im większa część łożyska usadowiona będzie w dolnym odcinku względnie w szyji. Ta więc okoliczność decyduje o nasileniu krwotoku, a nie to jak wielka część łożyska znajduje się ponad ujściem wewnętrznem. Wiemy z doświadczenia, że mimo tego, iż znaczną część łożyska przykrywa ujście wewnętrzne, krwotok może być nieznaczny. Teorja Hofmeiera powstawania łożyska przodującego zapomocą t. zw. łożyska zagiętego (*Reflexplacenta*), bardzo dobrze tłumaczyłaby ten brak wielkiego krwotoku w podobnych przypadkach. O ile zaś łożysko umiejscowione jest w cieśni, a zwłaszcza w szyji, a więc w miejscu niezdolnem do należytego kurczenia się — krwawienie musi być znaczne.

Ze względów zaś praktycznych ważną jest rzeczą, że krwawienie to, zwłaszcza po porodzie, a nawet po odejściu łożyska będzie bardzo silne.

Miało to miejsce i w naszym przypadku. Zrozumiałą nadto jest rzeczą. że w miarę rozszerzania się dolnego odcinka i szyji, o ile w miejscach tych łożysko jest usadowione, krwawienie musi być coraz silniejsze. Im więcej bowiem ta część macicy w czasie porodu zostanie rozszerzona, tem mniej zdolna będzie do kurczenia się po porodzie, zwłaszcza, że już w warunkach normalnych zdolność ta jest daleko słabsza, aniżeli w ciele macicy.

Stąd logiczny wniosek, że leczniczo możemy w tych przypadkach działać skutecznie jedynie wówczas, jeżeli nie dopuścimy do rozszerzania się szyji i dolnego odcinka. Możemy zaś to uskutecznić tylko przy pomocy cięcia cesarskiego.

To też zabieg ten w podobnych przypadkach zyskuje

coraz więcej zwolenników, a przypadek nasz dowodzi, że nawet we wcześniejszych miesiącach ciąży zabieg ten jest jedynie racjonalny.

W przypadku naszym ulegliśmy złudzeniu przez to, że krwawienie na pewien czas zupełnie ustało. Po porodzie atoli było ono tak gwałtowne, że mimo natychmiastowej pomocy nie dało się opanować, ogólny zaś stan rodzącej tak nagle się pogorszył, że powzięta decyzja całkowitego wycięcia macicy już nie mogła być wykonaną.

Dr. F. OBARSKI. Warszawa.

Zwężenie przełyku w następstwie wrzodu trawiennego, usadowionego w dolnej jego części i powstałego na tle długotrwałego zwężenia odźwiernika.

Z 8-go oddziału wewnętrznego Szpitala Dzieciątka Jezus. Ordynator dr. med. J. Bełkowski.

Wrzody przełyku należą do rzadkich spostrzeżeń klinicznych. Badania Quinkego, Debov'a i Chiari'ego, wykazały, że dzięki działaniu soku żołądkowego powstają wrzody trawienne przełyku (według Quincke'go ex digestione). Tak, jak wrzody żołądka i wrzody przełyku mają kształt okrągły, drążą wgłąb już to w postaci lejka, już to w postaci schodków, nie dając ropienia i rozleglejszej martwicy śluzówki. Wrzody przełyku nie mają jakiegoś ulubionego miejsca, jak wrzody żołądka (odźwiernik). Wielkość wrzodów przełyku bywa różna, od ziarna soczewicy i grochu do wielu centymetrów w obwodzie; występują pojedynczo lub po kilka w tym ostatnim przypadku w różnych okresach swego rozwoju; często z kilku małych przez łączenie się powstaje jeden duży. Wrzody przełyku, idące okrężnie w postaci pasa lub pierścienia, należą do rzadkości. Przebieg wrzodu przełyku podobny jest do przebiegu wrzodu żołądka. W każdym okresie rozwoju możliwe jest wyleczenie z następczem wytworzeniem się blizny, wielkości od zaledwie dostrzegalnego braku na błonie śluzowej przełyku do wielkich rozmiarów. Jak tam, tak i tu zdarzają się przedziurawienia do otaczających tkanek lub do sąsiednich narządów, krwotoki bardzo obfite, lub też niewielkie i częste krwawienia. Wrzód przełyku atakuje częściej mężczyzn i to w starszym wieku niż kobiety i młodych mężczyzn. Dużą rolę w powstawaniu wrzodu trawiennego przełyku gra blizna, umiejscowiona w odźwierniku po przebytym wrzodzie. Blizna taka, dając większe lub mniejsze zwężenie odźwiernika, przyczynia się do rozszerzenia żołądka, niekiedy bardzo znacznego, dzięki czemu powstaje niedomoga wpustu, która ułatwia stykanie się kwaśnej treści żołądka z błoną śluzową przełyku. Prawdopodobnie jeszcze inne, bliżej nieznane, czynniki, wpływać mogą na powstawanie wrzodu trawiennego przełyku, bo spotykamy się z niemi i wtedy, kiedy stosunki anatomiczne w żołądku nie uległy żadnym zmianom. Rozpoznanie wrzodu trawiennego przełyku za życia należy do rzeczy bardzo trudnych. Bóle w nadbrzuszu, rozchodzące się między łopatki, w brodawki piersiowe, w podbrzusze, wzmagające się podczas ucisku nadbrzusza i zaraz po przejściu pokarmów, niedokrwistość, wyniszczenie i krwawienia, są to najważniejsze cechy tego rodzaju wrzodów. Jeden z najpierwszych objawów wrzodu przełyku — krwotok, niekiedy bardzo obfity, nie może być poczytany za charakterystyczny. Rodzaj krwawienia może być różny, chory wymiotuje czystą krwią lub z domieszką pokarmów; krew może być płynna i czerwona, lub skrzepła i barwy fusów kawy, jeżeli z przełyku dostała się do żołądka. W miarę tego, jak wrzód zaczyna się goić i wytwarzać się blizna, chory odczuwa przeszkodę podczas łykania pokarmów najpierw stałych, a później płynnych, przytem zwraca je w stanie niezmienionym. Badanie wrzodu przełyku zapomocą promieni Roentgena często zawodzi; niewiele więcej można się spodziewać od oesophagoskopji, która w pewnych przypadkach może być nawet niebezpieczną. W różniczkowaniu wrzodu przełyku trzeba brać pod uwagę wrzody żołądka, dwunastnicy, sprawy nowotworowe, rozszerzenie żył przełyku, a po wytworzeniu się blizny i kurcze przełyku na tle nerwowem, stany zapalne przełyku, ucisk z zewnątrz. Rokowanie we wrzodzie przełyku zależy od jego wielkości, duże wrzody trwają dłuższy przeciąg czasu i dają w następstwie blizny; małe wrzody goją się prędzej, nie zostawiając prawie żadnego śladu, krwotoki i przedziurawienia znacznie pogarszają rokowanie. Leczenie wrzodu przełyku polega na stosowaniu djety według Lenharza lub Leubego, odżywiania per rectum zwłaszcza wtedy, kiedy jeszcze mamy do czynienia i z wrzodem żołądka. Rozenheim podaje *anaesthesinum* po 0·3 lub dodając do niej Bi. po 0.5 — 1.0 przed jedzeniem. W razie jeżeli wrzód przełyku prowadzi do wyniszczenia, lub istnieje obawa przedziurawienia, albo też krwotoki powtarzają się, wskazaną jest rzeczą wykonanie gastrostomji. Kiedy zaś wrzód da w następstwie bliznę, należy ostrożnie rozpocząć systematyczne rozszerzanie przełyku i jak niektórzy robią przy jednoczesnem stosowaniu fibrolizyny. Jeżeli zgłębnikowanie zawiedzie, pozostaje jeszcze w rezerwie gastrostomja. Co do częstości wrzodu przełyku: Gruber podaje, że wśród 4208 przypadków sekcyjnych wrzód przełyku stanowił 0.19%, podług Bertholda w 9633 — 0.12%, Hirscha w 3417 0,03%. Kliniczne obserwacje Wilder-Tilestona mówią o 44 przypadkach, Kapisa o 15.

Przechodząc teraz do opisu obserwowanego na oddziale przypadku zwężenia przełyku na tle wrzodu trawiennego, umiejscowionego w dolnej jego części, chcę podkreślić te trudności, które uniemożliwiły nam rozpoznanie wrzodu, aż do wystąpienia objawów zwężenia przełyku, jak również zaznaczyć doskonałe wyniki leczenia zwężenia zapomocą rozszerzania przełyku.

Marja S. lat 19, hafciarka, przyjęta na oddział 18. VI. 1923 roku.

Choroba datuje się od 2 lat, kiedy to po raz pierwszy wystąpiły odbijania gorzkie, mdłości i dosyć często powtarzające się rozwolnienie. Dolegliwości te występowały prawie codziennie, zwłaszcza bardzo dokuczały w 1—2 godziny po przyjęciu pokarmów. Leczyła się, doznawała pewnej ulgi, ale po pewnym dłuższym lub krótszym okresie czasu, wolnym od wyżej wymienionych dolegliwości, następował okres, kiedy choroba bardziej dawała się we znaki. Od stycznia 1922 roku aż do kwietnia tegoż roku stale miewa mdłości i odbijania. Przeprowadzona ponownie kuracja zapewnia chorej zupełny spokój do listopada tegoż roku. Od tego czasu stan chorej ulega znacznemu pogorszeniu, do mdłości i odbijań przyłączają się wymioty w kilka godzin po jedzeniu, wymioty bardzo obfite, gorzkiemi masami. Od kwietnia 1923 mdłości, odbijania i wymioty dokuczają prawie bez przerwy, po każdem jedzeniu wymiotuje, wreszcie na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala dostaje bardzo mocnych bólów w dołku, zwłaszcza podczas i zaraz po jedzeniu; bóle te rozchodzą się pod prawe podżebrze, w prawe ramię i pod prawą łopatkę. Na czczo bólów nigdy nie miewała. Prawie nieustające wymioty i bardzo mocne bóle sprowadziły chorą do szpitala. W przeszłości chorej notuje się płonicę w 5 roku życia, w 11-ym znacznego stopnia powiększenie gruczołów chłonnych na szyji i ponad lewym obojczykiem; była wtedy operowana z powodu zropienia niektórych z nich. W 15 roku — dur wysypkowy. Ojciec choruje na astmę, matka i rodzeństwo zdrowi. Chora, panna, do czasu przybycia na oddział perjodu jeszcze nie miała.

Stan obecny: Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiona bardzo źle. Prawie zupełny brak tkanki tłuszczowej, spojówki i widoczne błony śluzowe bardzo blade. Na szyji z lewej strony powiększone gruczoły chłonne, przesuwalne, wielkości orzecha laskowego i nieco większe. Na szyji z prawej strony i nad obojczykiem z lewej strony kilka blizn nie zrośniętych z otoczeniem. Z powodu znacznego osłabienia nie może chodzić o własnej sile. C. 37°2'. Tętno 80. Waga 40 kg. W narządach klatki piersiowej zmian nie stwierdza się. Brzuch dobrze wysklepiony; podczas opukiwania jego stwierdza się tępość, idącą od pępka do spojenia łonowego. W pozycji stojącej tępość się nie zmienia, w pozycji na boku, tępość ustępuje odgłosowi bębnistemu. Wątroba i śledziona nie wymacują się, opukiwanie nie wykazuje ich powiększenia. W nadbrzuszu bardzo żywa bolesność, która jednak ściśle nie daje się umiejscowić. Mocz kwaśny, przeźroczysty, o ciężarze gat. 1020, patologicznych składników ani makro- ani mikroskopowych nie zawiera.

W dalszym przebiegu choroby stwierdza się zmniejszenie bólów i częstość wymiotów. 30. VI. Badanie treści wymiotnej na krew dało wynik dodatni. 7. VII. Obfite wymioty barwy fusów kawy. Tętno 120, małe, miękkie, wielka bladość powłok i śluzówek. W nadbrzuszu bardzo znaczna bolesność. W 2 dni później znowu wymioty bardzo obfitemi masami barwy fusów. W ciągu następnych dni wymioty się powtarzały; wymiociny już nie były podobne do fusów. Bóle stale się wzmagają, zwłaszcza po przyjęciu pokarmów; skarży się na palenie w przełyku. 25. VII. Badanie żołądka na czczo wykazało bardzo

duże zaległości treści gęstej, barwy brunatnej (350 cm³) o ogólnej kwasocie 50 i że śladami wolnego kwasu solnego. Próba na krew z wynikiem dodatnim. Pod drobnowidem liczne czworniaki i czerwone ciałka krwi, dosyć dobrze zachowane. Żołądek przepłukano. Podano próbne śniadanie Ewalda. Po upływie 3 kwadransów wyciągnięto z żołądka 300 cm treści dość wodnistej, w skład której wchodzą masy brunatne i resztki pokarmowe, ogólna kwasota 37, wolnego kwasu solnego ślady. W osadzie czworniaki, czerwone krwinki już to dobrze zachowane, już to jako cienie. Za każdym razem na zgłębniku żołądkowym widać było świeżą krew. Badanie żołądka promieniami wykazało, co następuje: żołądek wybitnie rozszerzony i opuszczony, dolna granica sięga do spojenia łonowego, wypełniony tylko w dolnych częściach; perystaltyka bardzo słaba. Czynność motoryczna bardzo upośledzona; sporo zaległości nawet po 24 godzinach. Najprawdopodobniej zwężenie odźwiernika na tle wrzodu. Zaproszony na naradę chirurg (dr. Szteyner), mimo ogólnego ciężkiego stanu, zgodził się na wykonanie zabiegu. 8. VIII. w znieczuleniu morfinowo-chloroformowo-eterowem otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono, że żołądek jest znacznie powiększony, okolica odźwiernika twarda, zgrubiała. Dokonano zespolenia żołądkowo-jelitowego. Zabieg trwał niespełna 25 minut. 20. VIII. chora wraca na nasz oddział, wykazując wagę 38.5 kg. (przed zabiegiem było 38 kg). W kilka dni po powrocie z oddziału chirurgicznego, zaczęła chora uskarżać się na utrudnione połykanie pokarmów stałych, które zatrzymują się w przełyku, musi po kilka razy wykonywać ruchy połykowe, lub popijać, żeby połknięty kęs przeszedł do żołądka. Pokarmy płynne przechodzą swobodnie. Odbijań, mdłości i wymiotów niema. Zgłębnikowanie przełyku wykazało, że w odległości 37—38 cm od siekaczy, oliwka zgłębnika natrafia na przeszkodę, której nie można przebyć. 28. VIII. próbując połknąć sucharek, niedokładnie rozmoczony, zwraca go z powrotem; na sucharku widać świeżą krew. W ciągu następnych dni coraz większe utrudnienie podczas połykania pokarmów płynnych, których większą część w stanie niezmienionym zwraca. 3. IX. Badanie przełyku promieniami wykazało, co następuje: papka barytowa po połknięciu przez górną i środkową część przełyku przechodzi dobrze, zatrzymuje się nad wpustem w odległości około 5 cm od niego, tworząc kształt stożka, pomimo popijania wodą papka do żołądka nie przechodzi. Wygląda na bliznę przełyku powyżej wpustu. Z powodu wzmagającego się wychudzenia (waga 36.8 kg), przepisuje się na oddział chirurgiczny (dr. Szteynera) w celu rozszerzania przełyku, ewentualnie do wykonania gastrostomji. 12. IX. Rozpoczęto ostrożne rozszerzanie zgłębnikiem przełykowym, skali francuskiej N. 7. (dr. Lipski). W ciągu pierwszych 3 dni próby przejścia zwężenia okazały się próżne. Dopiero czwartego dnia zgłębnik przeszedł. Podczas prób przeprowadzenia zgłębnika na końcu jego były widoczne ślady krwi. Od chwili, kiedy zgłębnik pokonał zwężenie, codzienne zgłębnikowanie zapomocą coraz większych numerów, wykazuje zwiększającą się drożność przełyku. Chora swobodnie łyka płynne pokarmy. 27. X. wraca na nasz oddział z wagą 39.5 kg.

Przez pierwsze 2 miesiące, od chwili rozpoczęcia rozszerzania przełyku, zgłębnikuje się go codziennie. W 3 miesiącu co drugi dzień. 7. XII. ukończono zgłębnikowanie. Nr. 35 zgłębnika przechodzi zupełnie swobodnie. Chora łyka coraz lepiej pokarmy pół płynne, wreszcie stałe. Odbija się to na wadze — która podnosi się w sposób następujący: 5. X. 40 kg; 12. X. 42.5; 19 X. 45; 5. XI. 49.5; 20. XI. 52.5 i t. d. Z powodu powiększających się gruczołów na szyji zastosowano naświetlania lampą kwarcową. Przeprowadzone leczenie dało w wyniku znaczne zmniejszenie się gruczołów. 25. XI. 1924 r. waga chorej wynosi 67 kg. Badanie przełyku promieniami Roentgena wykazało w nim stosunki prawidłowe. Jako szczegół, świadczący o powrocie do normy czynności organizmu, podnieść należy, że chora dostała perjodu. 9. X. wypisała się zdrowa, mając wagę 68.5 kg.

Przytoczona historja choroby wykazuje, że mieliśmy do czynienia z 2 sprawami, jedną dawną, bo od 2 z górą lat toczącą się w żołądku i drugą znacznie świeższą, bo powstałą jeżeli nie podczas bytności chorej na oddziale szpitalnym, to w każdym razie na krótko przed przebyciem. Dawna sprawa, to wrzód żołądka usadowiony w jego części odźwiernikowej. Wrzód ten po zagojeniu się wytworzył bliznę, a w następstwie zwężenie odźwiernika. Świeża sprawa, to wrzód przełyku z umiejscowieniem w dolnej jego części; w następstwie zagojenia się jego i wytworzenia się tkanki bliznowatej powstało zwężenie przełyku. Że rzeczywiście mieliśmy wrzód żołądka świadczą zarówno dane z wywiadów, jak i badanie kliniczne (to ostatnie odnosi się już do następstw wrzodu). Od lat kilku chora miewa odbijania, mdłości zależne od przyjęcia pokarmów, wymioty, miewa okresy dłużej lub krócej trwające, wolne częściowo lub całkowicie od dolegliwości. Badanie promieniami Roentgena przemawia za blizną umiejscowioną w odźwierniku po wrzodzie. Zwężenie to musiało być bardzo znaczne skoro rozszerzony żołądek sięgał do spojenia łonowego. Badanie treści żołądkowej naczczo i po próbnem śniadaniu wykazało, że w danym przypadku nie było wzmożonej kwasoty i nadmiaru wolnego kwasu solnego, przeciwnie w obu razach wolny kwas solny znajdował się w ilościach bardzo małych (ślady). Zmniejszona kwasota, zwłaszcza treści wyciągniętej po próbnem śniadaniu bynajmniej nie przeczy naszemu rozpoznaniu, bo wiadomą jest rzeczą, że w przypadkach wrzodu żołądka, tak ogólna kwasota, jak i zależna od wolnego kwasu solnego, bywa różna. Dalej stwierdziliśmy, że chora kilkakrotnie miała wymioty krwawe i do tego stopnia obfite, że wywołały w następstwie ostrą niedokrwistość. Przez cały przeciąg czasu, kiedy chora leczyła się w domu, kiedy sprawa chorobowa dopiero się rozwijała, nigdy nie zauważyła krwi w masach wymiotnych, dopiero na oddziale zaczęła wymiotować krwią, świadczyło by to o tem, że krwawienie musiało mieć za punkt wyjścia jeszcze stosunkowo świeżą sprawę, niezagojoną. A taką nie mógł być wrzód odźwiernika, który przeszedł już w zbliznowacenie, a tylko wrzód przełyku. Spływająca krew do żołądka mieszała się z treścią żołądka, stąd i barwa wymiocin, przypominająca fusy kawowe. Bóle, jakich chora doznawała, zwłaszcza przed przybyciem na oddział, prawie stale wzmagające się podczas łykania i zaraz po przyjęciu pokarmów, również świadczą o obecności owrzodzenia w przełyku. Przyczynę powstania wrzodu trawiennego przełyku upatrujemy w znacznego stopnia rozszerzeniu i upośledzeniu czynności motorycznej, które to okoliczności sprzyjały wytworzeniu się niedomogi wpustu żołądka. Dzięki tej niedomodze zawartość żołądka, będąca, jeżeli nie w stałem, to w każdym razie w bardzo częstem zetknięciu się z błoną śluzową przełyku, była powodem powstawania wrzodu. Obraz kliniczny odpowiadający sprawie, toczącej się w żołądku zasłonił nam tę drugą sprawę w przełyku. A kiedy zabieg operacyjny ułatwił przesuwanie się treści pokarmowej do kiszek i dzięki temu szkodliwe oddziaływanie zalegającej treści żołądkowej na dolny odcinek przełyku zostało usunięte, powstały warunki do gojenia się owrzodzenia przełyku. I skutki tego nie długo każą na siebie czekać, bo już 12 dnia od chwili wykonania zabiegu, zaczyna chora uskarżać się na utrudnione połykanie pokarmów stałych (sucharki), a później i płynnych. W dolnej części przełyku wytwarza się przeszkoda — blizna. Blizna ta daje coraz większe zwężenie przełyku. Przeprowadzone badania potwierdzają obecność blizny po przebytej sprawie. Taką sprawą mógł być tylko wrzód przełyku. Z przytoczonej historji choroby wiadomo, że, chora, dla której, zdawało się, że już niema ratunku, wypisała się zdrowa, dzięki rozszerzeniu przełyku do tego stopnia, że bez przeszkody mogła się odżywiać. W opisanym przypadku zwężenia przełyku mieliśmy do czynienia z blizną, która, widocznie, będąc usadowioną na ścianie przełyku, nie zajmowała jej całkowicie, tylko pewną część, w przeciwieństwie do blizn po oparzeniach przełyku ciałami żrącemi (ługi, kwasy), dającemi blizny, idące promienisto i zajmujące całe światło przełyku. Doskonały wynik leczenia zwężenia przełyku zapomocą systematycznego i przez dłuższy przeciąg czasu prowadzonego rozszerzania, które doprowadziło do *restitutio ad integrum* w znaczeniu klinicznem, pozwala mi wnioskować, że w podobnych przypadkach nie należy zaniechać tego sposobu leczenia i cierpliwie prowadzić sprawę rozszerzania. Ale nietylko, jak w opisanym przypadku, i w podobnych, wskazaną jest rzeczą rozszerzanie nawet tam, gdzie zwężenie przełyku powstało na tle oparzeń ciałami żrącemi, jak o tem świadczy przypadek Smużyńskiego. Dotyczył on mężczyzny, który, po oparzeniu przełyku kwasem i w następstwie wytworzonego się zwężenia, miał dokonaną gastrostomję przed 2 laty. Posługując się ostrożnie wykonywanem rozszerzaniem i zastrzykując fibrolizynę, doprowadził przełyk do takiego stanu drożności że chory mógł się dostatecznie odżywiać na drodze naturalnej, a dzięki temu otwór w żołądku można było zamknąć. Sprawę leczenia bliznowych zwężeń przełyku poruszali w naszem piśmiennictwie A. Ciechomski, St. Gębarski i inni.

Piśmiennictwo

1. Quincke. A. f. kl. med. XXIV. S. 72. u. XXXI. S. 408. 2. Debove. Soc. med. des hop. 13. Apr. 1883. 5. Aug. 1887. —

W r. 1896-ym w pracy p. t.: **„Dyspepsia sexualis artificialis u kobiet"** (Przegl. lek. Nr. 1) dochodzi Jaworski na podstawie przytoczonej kazuistyki do wniosku, że wiele przypadków żołądkowo-kiszkowych u kobiet o charakterze odruchowych nerwic należy niewątpliwie odnieść do coitus interruptus a względnie do coitus praecipitatus i niezaspokajania podnieconego organizmu.

W r. 1896-ym (Przegląd lekarski Nr. 47) w pracy p. t.: **„Oznaczanie dużej krzywizny żołądka"** ogłosił Jaworski swoje doświadczenia nad t. zw. wymacywaniem zgłębnikowem żołądka (Sondenpalpation), sposobem podanym przez Boasa, a polegającym na wymacywaniu przez powłoki brzuszne miękkiego zgłębnika żołądkowego wprowadzonego do żołądka, celem określenia położenia żołądka, względnie jego wielkiej krzywizny. Jaworski stwierdził, że metoda ta na 15 osób udała się u 11 tu badanych i uważa ją za ważny postęp we fizykalnem badaniu żołądka, względnie kontrolę przy oznaczaniu dolnej jego granicy. Używał on też djafanoskopu do oznaczania dolnej granicy żołądka i zauważył, że dolna granica żołądka, oznaczona w postawie stojącej zapomocą diafanoskopu leży niżej jak to inne metody wykazują, gdyż zwykle pod pępkiem.

Nadto publikacją niemiecką w r. 1897 (Wiener med. Presse Nr. 51.) p. t.: **„Über die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Combination der neuesten Untersuchungsmethoden"** wykazał, że rozpoznawanie t. zw. żołądka klepsydrowatego (Sanduhrmagen) jest wprawdzie trudnem, ale bezwarunkowo możliwem, przyczem Jaworski jako pierwszy z korzyścią zastosował prześwietlenia żołądka (gastrodiafanji) do tego rozpoznania.

W r. 1896 tym w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 51 i 52) ogłasza swe doświadczenia **„O użyteczności fonendoskopu Bazzi-Bauchiego"**, które doprowadziły go do wniosku, że przyrząd ten nie może w diagnostyce zastąpić słuchawki ani plesymetru, gdyż nie wszystkie wrażenia akustyczne narządu oddechowego i krążenia wzmacnia on w równej mierze a nadto u wielu z nich zmienia ich cechę akustyczną, będąc resonatorem niektórych tylko dźwięków. Natomiast może on oddać dobre usługi do ujawnienia słabo słyszalnych rzężeń drobno-bańkowych w szczytach płucnych oraz do ujawnienia tonów chropawych i lekkich podmuchów zwłaszcza nad mostkiem. Dalej do osłuchiwania serca przez suknie, do wykazania małych ilości płynu w żołądku i do oznaczania dolnej jego granicy, jeżeli nie można uskutecznić ani wydymania, ani sondowania żołądka. W końcu dla osób osłuchujących z przytępionym słuchem. Ponieważ fonendoskop stwarza możność słuchania równoczesnego, przez 2 osoby, przeto uczący profesor, równocześnie osłuchując, może mieć pewność, że uczeń słyszy tosamo co on.

W tym czasie przygotowuje do druku wspólnie z żoną swą Emmą Mathes Jaworską, książkę p. t.: **„Kuchnia higjeniczna i dietetyka szczegółowa dla chorych"**. Poszczególne ustępy z tej książki n. p.: **„Kalorje i wartośc cieplikowa pokarmów"** ogłasza już przedtem w „Przeglądzie lek." (189). Znakomita ta książka, która pojawiła się w tłumaczeniu niemieckiem we Wiedniu i Lipsku w r. 1899 cieszyła się w kraju i zagranicą wielkiem uznaniem a Boas w swoim podręczniku chorób żołądka w rozdziale o dietetyce na pierwszem miejscu wymienia cenne przepisy zawarte w tej książce kucharskiej. Nie jest to zwyczajny zbiór recept kucharskich lecz równocześnie wskazówka dla racjonalnego odżywiania w wypadkach chorób, przyczem uwzględniona jest kuchnia polska, niemiecka, szwajcarska, francuska i angielska: Sam Jaworski szczegółowo opracował dodatek podnoszący szczególnie dotychczas mało uwzględniane lecznicze działanie potraw i napojów.

W r. 1897-ym ogłasza w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 34—35) pracę p. t.: **„Znaczenie rozpoznania X prześwietlania"**, która jest treścią wykładu z demonstracjami w Tow. lek. krak. wygłoszonego w Zakładzie chemji prof. Olszewskiego w dniu 16 czerwca 1897. Treścią jest nowe wówczas odkrycie Roentgena (1895) i wyjaśnienie dotyczące X promieni oraz szczegółowe przedstawienie praktycznej wartości rozpoznawczej klinicznej w poszczególnych narządach na podstawie własnej obserwacji.

W tym samym czasie we „Wiener klinische Wochenschrift" (1897 Nr. 30) ogłasza: **„Beitrag zur diagnostischen X Durchstrahlung der Respirationsorgane"**. W pracy tej kazuistycznie wykazuje, że w wątpliwych przypadkach, gdzie objawy fizykalne odmy piersiowej nie są wyraźne, badanie roentgenologiczne ułatwia pewność rozpoznania, przyczem umożliwiona jest kontrola ubytku i przybytku ewentualnych wysięków i przesunięcia serca. Roentgen umożliwia też odróżnianie abscesu podprzeponowego (abscessus subphrenicus) od wysięku opłucnowego przez to, że w obrazie roentgenologicznym zaznacza się wypuklenie przepony ku górze.

W r. 1897-ym ogłasza w „Przeglądzie lek." (Nr. 14 i 15) pracę: **„O żywieniu chorych krakowskiem mlekiem wielokrotnem"** którą w tym samym roku ogłosił w „Therapeutische Monatshefte". Aby usunąć niedogodności wynikłe z bardzo zmiennego składu mleka, co powoduje, że lekarz nie wie jaką ilość pokarmu doprowadza choremu i aby umożliwić podawanie chorym mleka w ilości mniejszej a o pożywności jak największej, stosuje on dwa gatunki mleka wielokrotnego. Jedno tłuściejsze zawierające 10% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru mlecznego i około 0·3% soli nieorganicznych. Ponieważ to mleko zawiera trzy razy tyle tłuszczu, co zwyczajne, nazwał je mlekiem potrójnem (lac triplex). Ze względu na potrzebę mleka mniej tłustego jako przejściowego do potrójnego, podał on mleko podwójne (duplex) o składzie: 6·6% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru mlecznego i około 0·3% soli nieorganicznych. Sporządza się to mleko w ten sposób, że wprzód rozcieńcza się mleko świeże wodą, wycentryfugowuje się z niego śmietanę o zawartości 10% tłuszczu i uzupełnia cukrem mlecznym do 6%; poczem poddaje się mieszaninę wyjałowieniu.

Mleko wielokrotne, wydobyte z żołądka po upływie ½ — 1 godziny okazuje się nieskrzepnięte, lecz w postaci zawiesiny śmietankowej. Doświadczenia porównawcze mleka wielokrotnego z mlekiem zwyczajnem wykazały, że ono nieco wcześniej opuszcza żołądek, niż zwyczajne.

Mleko to jako t. zw. „Kraftmilch nach Jaworski" znalazło uznanie wielu klinik zagranicznych, a zwłaszcza Boasa w Berlinie.

(Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

W. Władysław Hojnacki. **„Higjena kobiety i kosmetyka"** (Lwów i Warszawa 1925. Stron 382).

Jeden z ekonomistów i polityków francuskich wypowiedział na początku ubiegłej wojny światowej zdanie, że wojna ta potrwa długo, ale następna trwać będzie nieporównanie dłużej, a ostateczny pomyślny jej wynik będzie udziałem tego społeczeństwa, które stosunki swe higjeniczne i sanitarne tak potrafi uregulować, że przeciętny wiek życia jednostki trwać będzie około 60 lat. Zapatrywanie to wydać się może dziwnem. Ale, czy nie paradoksalnie wygląda również twierdzenie tych, zdaniem których o losach ubiegłej wojny w znacznej mierze więcej może zadecydował spokojny i cichy pracownik laboratorjum chemicznego, aniżeli niejeden dowódzca armji?

Jeżeli zaś zapatrywanie ekonomisty francuskiego jest prawdziwe, to słuszną jest rzeczą, aby społeczeństwo w dobrze zrozumiałym interesie dbało o przedłużenie życia jednostki, co możliwem jest, przez doprowadzenie stosunków higjenicznych i sanitarnych do tej wyżyny, którą nauka uważa za ideał. Nauka zaś hołduje dzisiaj ogólnej zasadzie, że głównym celem w tym kierunku winno być zapobieganie chorobom i że tylko ono może wpłynąć na poprawę stosunków sanitarnych i higjenicznych a temsamem wywrzeć korzystny wpływ na przedłużenie życia ludzkiego.

Jeżeli gdzie, to w naszem społeczeństwie zasada ta winna być jak najgoręcej propagowana, nie ulega bowiem wątpliwości, że pod tym względem pozostaliśmy bardzo w tyle w stosunku do innych społeczeństw. To też dobrze przysłużył się społeczeństwu autor *»Higjeny kobiety«* przez jej wydanie a to tem więcej, że ukazała się ona bardzo na czasie.

Wszelkie rozporządzenia władz i czynników rządowych choćby najracjonalsze, nie potrafią wpłynąć na poprawę stosunków higjenicznych, jeżeli społeczeństwo samo nie zrozumie doniosłości tej sprawy, jeżeli każda jednostka nie będzie dbać o to, aby pracę w tym kierunku rozpocząć od siebie i prowadzić ją systematycznie i wytrwale przez życie całe. Jak ta praca winna wyglądać, jakie główne wytyczne winny nią kierować, znajdzie czytelnik w podręczniku autora, podane w sposób nie pozostawiający nic do życzenia. Z zadania, które sobie autor za cel postawił, wywiązał się on znakomicie pod każdym względem.

W rozdziale o wychowaniu i życiu codziennem daje autor kobiecie w obszernych ramach wskazówki, nieraz dotyczące bardzo drobnych, ale ważnych szczegółów, jakiemi winna się kierować. Uzgodnienie tych wskazówek z zasadami nauki podnosi niepomiernie ich wartość.

Również i w rozdziale, zatytułowanym *»Piękność«*, a dotyczącym kultury całego ciała i właściwej kosmetyki, wypowiada autor niemal w każdem zdaniu zasady higjeny życia kobiecego i daje cenne wskazówki, jak winna ona pielęgnować swe ciało, aby ono w całem tego słowa znaczeniu było piękne, a więc przedewszystkiem zdrowe.

Rozdział, omawiający bardzo obszernie sprawę macierzyństwa według zasad nauki lekarskiej, zasługuje na szczególne uwzględnienie. Wszak przeciętna kobieta o sprawie tej, ją tak bardzo obchodzącej, zazwyczaj wie bardzo nie wiele a i to, co wie, nie jest ściśle a bardzo często fałszywe i przepojone błędnemi zapatrywaniami a nieraz nawet szkodliwemi przesądami. Przesądom tym hołdują nieraz nawet kobiety inteligentne i żyjące w warunkach, które im umożliwiają zasięgnięcie porady i pomocy lekarskiej nawet za darmo. Jest

w interesie dobra publicznego, aby kobiety ze sprawą tą były jak najlepiej obznajomione. Zwłaszcza kobiety, przebywające ciążę i poród zdala od wszelkiej pomocy fachowej, zdołają niejednokrotnie uniknąć najrozmaitszych, nieraz bardzo poważnych powikłań swego stanu, jeśli, pouczone należycie, będą musiały odpowiednio się zachowywać. Wszystkiego tego dowiedzą się bardzo dobrze we wspomnianym rozdziale o macierzyństwie.

»*Higjena kobiety*« daje więc każdej kobiecie w rękę broń przeciwko chorobom i wielu niebezpieczeństwom, na jakie ona w życiu swem jest narażona. Oby z broni tej zechciały i umiały kobiety polskie korzystać jak najwięcej!

W interesie dobra ogólnego życzyćby sobie należało, aby podręcznik ten znalazł się w ręku każdej kobiety a wychowawcy naszych kobiet i przyszłych matek winni nań zwrócić szczególniejszą uwagę, tem więcej, że brak wiadomości higjeny, zwłaszcza higjeny życia płciowego i macierzyństwa, stanowi dotąd poważną lukę w wychowaniu kobiety polskiej.

J. Fiolle. **Le curettage utérin.** (Paris 1925. str. 130). Jako wskazania do skrobania macicy uważa autor:

1. Zapalenie macicy krwotoczne (*Metritis haemorrhagica)*; 2. Zatrzymanie resztek jaja płodowego po poronieniu lub po porodzie; 3 Zapalenie macicy bez krwawień; 4. Przy włókniakach macicy; 5. Przy niepłodności na tle przerostu błony śluzowej macicy; 6. Przy podejrzeniu na raka macicy w celach rozpoznawczych i 7. przed zastosowaniem leczenia radem.

Każde z tych wskazań omawia autor szczegółowo i podaje przy niem równocześnie przeciwskazanie, za które uważa przedewszystkiem ostrą sprawę zapalną, zajęcie przydatków, ogólne choroby zakaźne i t. p. Bardzo obszernie F. omawia technikę zabiegu, który uważa za operację w pełnem tego słowa znaczeniu bardzo poważną i radzi wykonywać ją starannie, podobnie jak każdy większy zabieg chirurgiczny. Sposób wykonywania zabiegu opisuje bardzo dokładnie i objaśnia licznemi rycinami. Praca cała nie podaje wprawdzie nic nowego, wydana jest atoli bardzo starannie i lekarz praktyczny przeczytać ją może nie bez korzyści, gdyż przypomni mu ona zebrane w całości wszystkie szczegóły, dotyczące tego zabiegu. *K. Bocheński* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médecine.
Nr. 1. 1925.

Léon Bernard, Baron i Valtis. **Statystyka sztucznej odmy piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc.** Autorzy ogłaszają statystykę 201 przypadków gruźlicy płuc, leczonej sztuczną odmą piersiową. Otrzymali wyleczenie w 40 przypadkach (20%), z których w 24 przypadkach po wyleczeniu odmę stosować zaprzestano, u 16 zaś stosuje się ją nadal.

U 73 chorych (62 pozostaje w toku leczenia, u 11 leczenia odmą zaprzestano) otrzymano znaczne polepszenie (36%); ponieważ większość z tej kategorji pozostaje jeszcze w leczeniu, więc część ich przejdzie z czasem do kategorji zupełnie wyleczonych. W taki sposób na 201 przypadków otrzymano 113 przypadków wyleczonych lub znacznie podleczonych, co stanowi 56% osobników, zawdzięczających odmie poprawę widoczną, czem nie może się poszczycić żadna inna metoda w terapji przeciwgruźliczej.

Złe rezultaty otrzymano: 44 (22%) zmarło, w 24 przypadkach (12%) pogorszenie, w (20%) stan przewlekły, bez zmiany; razem zmarło względnie polepszenia nie otrzymano w 44%.

W większości przypadków można ustalić prognozę skuteczności leczenia odmą już w pierwszym roku. Przypadki szybko poprawiające się, dają ostatecznie wyleczenie lub polepszenie i odwrotnie. Komplikacje: 1° schorzenie drugiego płuca dotąd zdrowego wystąpiło w 31%;

2° śmierć nagła po pierwszej insuflacji nastąpiła w dwóch przypadkach (1%);

3° zapalenia opłucnej wystąpiły w 61%.

Prof. Coutière. **Handel narkotykami i konferencja międzynarodowa dla zwalczania opiumizmu w Genewie.** Autor omawia sprawę zwalczania opiumizmu, podnosi konieczność ustalenia nadzoru nad importem i eksportem, dopuszczając jedynie zużycie 450 miligramów opium i 7 miligr. chlorku kokainy na mieszkańca w ciągu roku, jak to ustaliła konferencja genewska w roku zeszłym.

Kémal Djenab i Mouchet. **Działanie wyciągu z wiązki Hisa na ciśnienie krwi.** Autorzy — profesorowie wydziału lekarskiego w Konstantynopolu — otrzymywali po injekcji powyższego wyciągu spadek ciśnienia krwi ze zmianami rytmu serca. Krzywa ciśnienia jest tutaj prawie identyczna z krzywą, otrzymaną przez prof. Roger'a przez drażnienie nerwu błędnego, jak również po injekcji krwi z *art. carotis*, pobranej po podrażnieniu tego nerwu. Autorzy sądzą więc, że podrażnienie nerwu błędnego działa za pośrednictwem wydzieliny wiązki Hisa.

Nr. 2., 1925.

Calot. **Częstość podwichnięć wrodzonych stawu biodrowego jest dziesięć razy częstsza od zwichnięć.** Autor przeprowadził szereg badań klinicznych, radjologicznych i autopsję na 700 zwłokach. Na podstawie tych badań autor wskazuje na rolę małych anomalji wrodzonych stawu biodrowego, podwichnięć i prostej diastazy stawu, nie przekraczających 2-20 mm, a ilość których jest 10 razy częstsza od zwichnięć.

Według autora znajduje się 3% osobników mających tę anomalję, a odgrywających w patologji każdego wieku wielką rolę.

Podwichnięcia te są prawie zawsze nie rozpoznawane. Pierwszym objawem nie jest przeważnie chromanie, lecz często ból bardzo żywy, dzięki któremu popełnia się stale omyłki rozpoznawcze. O schorzeniu tem trzeba myśleć przedewszystkiem w obecności wszystkich cierpień bolesnych biodra. Podług autora więcej niż trzy czwarte schorzeń, oznaczanych jako gruźlica szyji są nierozpoznanemi anomaljami wrodzonemi stawu biodrowego; podobnież należy zaliczyć tutaj połowę przypadków coxalgji (są to tylko arthralgje stawów biodrowych zniekształconych), większość przypadków zlokalizowanego *rheumatismus deformans i morbus coxae senilis* (co stwierdził u 96% sekcjonowanych — na 80 jednostkach).

Merklen, Wolf i Oberling. **Schorzenia współczesne narządów homologicznych matki i dziecka. Nephritis desquamativa. Diabetes congenit.** Autorzy podają ciekawe obserwacje współczesnych schorzeń tych samych narządów u matki i u dziecka. Pierwszy przypadek tyczy się kobiety w 8-ym miesiącu ciąży, dotkniętej ciężką cukrzycą (cukru 3,4%, acetonu 0.62‰) W przeciągu 3 dni zastrzyknięto chorej 540 jednostek insuliny, stan jednak chorej był niepokojący i postanowiono przyśpieszyć poród. Dziecko urodziło się żywe, w moczu dziecka cukru 1,2%. Po 22 godzinach dziecko zmarło, matka dwie godziny przed niem. Autopsja wykazała w obu przypadkach zapalenie nerek złuszczające. Wyspy Langerhansa trzustki u matki były bardzo zmienione (zwyrodnienie wodniczkowe i ziarniste), u dziecka dobrze zachowane, a objętościowo nawet zwiększone.

Przypadek drugi tyczy się kobiety z ostrem zapaleniem nerek, z wysoką azotemją. Poród samoistny. Dziecko martwo urodzone. Bezpośrednio potem matka wyleczona z *nephritis acuta.* Nerki dziecka, badane 10 godzin po śmierci, przedstawiały pod mikroskopem typowy obraz ostrego zapalenia nerek.

Następnie autorzy rozpatrują fizjologję patologiczną i patogenezę cukrzycy wrodzonej.

K. Tyszka (Lwów).

Miesięczne sprawozdania epidemjologiczne sekcji hygieny Ligi Narodów.

Rapport épidémiologique mens. de la Section d'hygiène de la Société d. Nations.

Wybuch w Japonji epidemji, wywołanej schorzeniem centralnego systemu nerwowego. W Japonji wybuchła ciężka epidemja, którą początkowo brano za *meningitis cerebro-spinalis*, potem za *encephalitis lethargica*, a którą ostatecznie

uznano za schorzenie epidemiczne centralnego systemu nerwowego, dotychczas nieznane.

Pierwsze przypadki pojawiły się w lipcu, poczem choroba przyjęła szybko charakter poważnej epidemji, osiągając swój punkt kulminacyjny w sierpniu. Ciekawem jest, że początkowo choroba wybuchła w prowincjach, ciągnących się wzdłuż morza wewnętrznego, a dopiero we wrześniu rozprzestrzeniła się prawie na cały obszar Japonji.

Centralna służba sanitarna w Japonji otrzymała do 29 września włącznie 6551 zgłoszeń tej choroby. Śmiertelność jest b. wysoka, gdyż wynosi 54.85% wszystkich przypadków zgłoszonych do powyższego terminu.

Śmiertelność ta jest znacznie wyższa od śmiertelności w najcięższych epidemjach *encephalitis lethargica*, a zbliża się do poziomu zwykłej śmiertelności przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Japońskie centralne władze sanitarne bezzwłocznie wysłały specjalistów do zagrożonych prowincyj, którzy przeprowadzili badania łącznie z wydziałami lekarskiemi i instytutami bakterjologicznemi całego kraju.

Profilaktycznie zaczęto używać środków stosowanych przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Chociaż pochód choroby był bardzo szybki, rzadkością było znaleźć więcej niż jeden przypadek w tym samym domu co można było często obserwować w epidemji ostrej *poliomyelitis*.

Do powyższych uwag trzeba dodać, że lato bieżące było wyjątkowo suche i epidemja zaczęła zmniejszać się z nastaniem deszczów.

Sekcja Higjeny Ligi Narodów zwróciła się do władz sanitarnych Japonji i otrzymała od niej następujące zestawienie (18. X. 24 r.):

1. Objawy chorobowe są podobne do tychże w *encephalitis lethargica*, brak jednak zaburzeń ocznych. 2. Zapadają przeważnie osoby starsze ponad 50 lat. 3. Początek choroby nagły z wzniesieniem temperatury; po 1 lub 2 dniach utrata świadomości z lekkimi objawami obłędu. 4. Śmierć po 5 do 10 dniach lub wyleczenie ze spadkiem temperatury i powrotem świadomości. 5. Okres inkubacji u ludzi nieznany, u zwierząt doświadczalnych 3 dni. 6. Rzadko kiedy zdarzają się 2 zachorowania w jednej rodzinie. 7. Śmiertelność około 60%. 8. Mężczyźni zapadają częściej od kobiet.

Dr. Goshio Kusama, profesor wydziału lekarskiego z Tokio, nadesłał o przebiegu choroby następujące dane:

Schorzenie zaczyna się nagłem podniesieniem temperatury bez objawów prodromalnych; niekiedy jednak poprzedza go lekki ból głowy, bezsenność i niedomaganie ogólne. W ciągu 1—2 dni temp. osiąga 40 do 41° C., chory przytem cierpi niekiedy na nudności, wymioty, bezsenność. W przypadkach I. typu temperatura będąc wzniesiona przez kilka dni bardzo wysoko (39—41°), spada następnie jako *lysis* i wraca do normy po 10—15 dniach; liczni jednak chorzy giną przed spadkiem temperatury.

W przypadkach II. typu (bądź bardzo lekkich bądź bardzo ciężkich) spadek temperatury jest gwałtowny w końcu pierwszego tygodnia. Tętno zwykle powolne w porównaniu z podniesioną temperaturą, jednak nie jest tak silnie zwolnione jak w durze brzusznym. Oddech przyśpieszony. Brak Cheyne-Stokes'a. System nerwowy. Objawy spastyczne w kończynach. Obj. Kerniga silnie dodatni, Babińskiego i Oppenheima — brak. Źrenice prawidłowe, oddziaływanie na światło prawidłowe. Brak *nystagmus*. Brak porażeń mięśni ocznych.

Utrata przytomności jest jednym z objawów przeważających w chorobie.

W przypadkach ciężkich chory ginie w stanie sennym, który mu towarzyszy wraz z wysoką temperaturą, majaczeniami.

W innych przypadkach utrata przytomności następuje dopiero II. lub III-ciego dnia choroby. Utrata świadomości nie jest zupełna, jest to raczej stan głębokiej senności, podczas której chory jest zdolny reagować na proste zapytania i może sam połykać pożywienie.

W ciężkich przypadkach śmierć następuje przed powrotem świadomości. Skóra. Niekiedy obserwuje się wybroczyny krwawe na grzbiecie. Język suchy. Gardło, migdałki bez zmian. Płuca. Objawy pneumoniczne u podstawy z tyłu płuc. Brzuch. Brak tkliwości na ucisk. Przeważnie zaparcie stolca. Wątroba i śledziona nie macalne. Częste zatrzymanie moczu.

Jeżeli nie następuje śmierć, wyleczenie jest zupełne niebawem po spadku temp. (między 10—15 dniem).

Badania laboratoryjne.

Płyn mózgowo-rdzeniowy jasny. Elementy komórkowe: 10—40 limfocytów.

Reakcja Nonne-Appelt'a niekiedy na początku choroby lekko dodatnia.

R. Wassermanna — ujemna.

Posiew ujemny.

Krew. Hb 70 do 92%; białych ciałek 10000—20000; zwiększenie leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych (do 93%); zmniejszenie limfocytów (do 4%).

Odcz. Wassermanna i Widala ujemne; posiew ujemny.

W moczu stale ślad białka.

Badanie pośmiertne. Makroskopowo: przekrwienie i obrzęk opon mózgowych. Na podstawie mózgu niekiedy plamy mleczne. Brak zmian kory, z wyjątkiem przekrwienia. Niekiedy 1—2 wybroczynki krwawe na powierzchni IV-tej komory.

Mikroskopowo. Kora przekrwiona, przedstawia naciek komórek okrągłych naokoło naczyń krwionośnych.

Płuca: obrzęk i przekrwienie.

Nerki. Zwyrodnienie miąższu rozlane b. wybitne, rozciągnięcie miedniczek nerkowych.

Wątroba. Zwyrodnienie miąższowe wybitne.

Badanie bakterjologiczne płynów i tkanek ustrojowych pozostało bez rezultatu.

Zdołano przeszczepić chorobę na królika, zastrzykując mu pod twardą oponę płyn, otrzymany przez przefiltrowanie przez świecę Chamberlanda. Po okresie wylęgania 2—3 dniowym, zwierzę dostawało gorączki, traciło apetyt i pozostawało nieruchome. Po 3—5 dniach następuje porażenie tylnych kończyn. Śmiertelność między zwierzętami b. wysoka.

Wobec wybuchu powyższej epidemji w Japonji należałoby zwrócić obecnie szczególniejszą uwagę na schorzenia infekcyjne centralnego systemu nerwowego i grypy, zwłaszcza w krajach, pozostających w stałych stosunkach z Japonją.

Kazimierz Tyszka (Lwów).

Surgery Gynecology and Obstetrics.

XXXIX/6 1924.

Stevens. **Gruźlica nerkowa podczas ciąży.** Gruźlica nerkowa jest rzadką komplikacją ciąży, co wydaje się zależeć od większej odporności nerek podczas ciąży na zakażenie gruźlicze. Dobre rozpoznanie należy szybko postawić i jeżeli się stwierdzi gruźlicę jednej nerki, należy ją usunąć nie zważając na ciążę; gdy zostanie usunięte ognisko gruźlicze, pozostała nerka zostaje uwolniona od źródła drażnienia, coby mogło później podczas dalszej ciąży i połogu, powodować ciężkie objawy. Ważnem jest również prawdopodobieństwo, że natężenie objawów pęcherz., charakterystycznych dla gruźlicy zdolne jest powodować przedwczesne skurcze macicy.

Autor przytacza dalej 18 przypadków gruźlicy nerki jako komplikacje ciąży (16 przyp. z piśmiennictwa i 2 swoje), i dodaje, że w 12 przypadkach w których usunięto nerkę, wszystkie wyzdrowiały; normalnie urodziły się dzieci w 6 przypadkach, poronienie nastąpiło w 3 przypadkach. Zabieg stosowano: raz w 2-gim miesiącu ciąży, dwa razy w 3-cim, dwa w 4-tym, dwa w 5-tym i trzy razy w 6-tym miesiącu ciąży.

Korzyści więc po usunięciu nerki w jednostr. gruźlicy są widoczne tak dla matki jak i dla dziecka. Po zabiegu należy stosować »tuberculinę«, mocz badać w częstych odstępach, chorego mieć w obserwacji; ciąża jest dozwolona, gdy pozostała nerka pracuje normalnie 2—3 lat po zabiegu.

Dandy. **Zapalenie opon mózgowych na tle gronkowca i paciorkowca.** D. przytacza różne dotychczasowe sposoby le-

czenia zapalenia opon, jak nakłucie lędźwiowe — przepłukiwanie przestrzeni podpajęcz., *cisternae magnae* — wstrzykiwanie płynów przeciwgnilnych; bliżej zastanawia się nad drenowaniem stałem. Dwa są miejsca dogodne dla drenowania mózgowo-rdzeniowego: kanał rdzeniowy i *cisternae magnae*. Sprawą tą zajmują się badacze już od roku 1890 (Wynter, Horsley, Palkin i t. d.). stosując drenowanie *cisternae magnae* bez dobrych jednak wyników. Dodać należy, że śmiertelność w septycznem zapaleniu opon jest wysoka, bo 90—95%. Autor sam wykonuje drenowanie następującym sposobem: wykonuje cięcie środkowe przez potylicę, usuwa mięśnie karkowe z kości potylicznej i wycina w niej otwór średnicy około $2^1/_2$ cm. następnie otwiera oponę twardą, której nacięte brzegi przymocowuje do rany kilkoma szwami, i wprowadza cienki dren, który przymocowuje do opony twardej, przytem dren posiada z boku również otwór mający na celu przepuszczanie płynu, ewentualnie nagromadzonego pod mięśniami, szew na skórę zakłada się luźno, aby można odprowadzać wyżej wymieniony płyn, w razie niemożności odprowadzenia go przez boczny otwór w drenie. Autor wykonał drenowanie takie *cisternae magnae* w 4-ch przypadkach: 1, *streptococcus viridans*, 2. *str. haemolyticus*, 1. *staphylococcus aureus*, z tego w 3 przypadkach nastąpiło wyzdrowienie, w jednym śmierć *(strept. haemolytic.)* Autor stwierdza dalej, że stałe drenowanie *cisternae magnae* jako leczenie należy stosować w zapaleniu opon na tle gronkowca i paciorkowca, w innych zaś postaciach nie, ponieważ charakter wysięku zapalnego (gęstość) nie pozwala na drenowanie.

Royle. **Leczenie porażenia kurczowego przez przecięcie gałązek sympatycznych.** Autor postanawia zbadać: 1) funkcję nerwów sympatycznych w stosunku do mięśni prążkowanych, 2) możliwe powinowactwo między funkcją nerwów sympatycznych a objawami porażenia kurczowego.

Badania przeprowadza najpierw na zwierzętach, przyczem obserwuje po przecięciu pewne charakterystyczne ułożenie kończyn. Następnie przeprowadza je na ludziach, mianowicie:

a) przy zabiegu w zakresie pnia sympatycznego brzusznego, układa chorego na bok przeciwny, cięciem skośnem między ostatniem żebrem a grzebieniem biodrowym dochodzi do miejsca przebiegu pnia symp. brzuszn., mianowicie po lewej stronie obok przyśrodkowego brzegu m. lędźwiowo-udowego, po prawej pod bocznym brzegiem żyły próżnej dolnej, uważając, by żyły lędźwiowej i naczyń limfatyczn. nie wziąść za gałązki pnia sympat., odpreparowuje pień wraz z gałązkami bocznemi i przecina gałązki II, III, IV nerwu lędźwiowego;

b) przy zabiegu w zakresie pnia karkowego: cięciem biegnącem od przyczepu obojczykowego mięśnia mostk.-obojczyk.-sutkowego ku tyłowi na kilka cm., i ewentualnie dodatkowem wzdłuż tegoż mięśnia, odsłania pień i przecina gałązki części karkowej.

Zmiany jakie otrzymywał po przecięciu gałązek sympatycznych były następujące: a) zmiany naczynioruchowe; porażona prawa kończyna dolna stawała się po zabiegu cieplejsza niż lewa bez zabiegu i z rozszerzeniem naczyń włosowatych, bardziej różowa. Zmiany te do 17—20 dni wyrównywały się, b) zmiany w napięciu; przed zabiegiem bierne grzbietowe zgięcie stopy powodowało drgawki w tem położeniu, po zabiegu zaś powyższe objawy zmniejszyły się wybitnie. Różnica była widoczna, gdy zabieg wykonano najpierw po jednej stronie, wówczas noga po stronie operowanej nie miała tendencji do drgawek, druga zaś (bez zabiegu) pozostawała jakiś czas w drgawkowem ustawieniu zgięcia grzbietowego, c) polepszenie we władaniu mięśniami z dnia na dzień wzrastało tak, że chory w kilkanaście dni po zabiegu mógł sam chodzić, nawet w tył, czego od chwili uszkodzenia t. j. od 7 lat nie był w stanie wykonać, d) polepszenie równowagi; przed zabiegiem chory nie może stać, po zabiegu zaś zwykle do 9 dni jest w stanie stać, bo zmniejszenie sztywności a zwiększenie zdolności kierowania mięśniami umożliwia choremu szybko zmienić ułożenie i przenieść tem samem środek ciężkości, e) drżenie, które zwykle przed zabiegiem u chorych było widoczne, po zabiegu powoli znikało, f) objętość mięśni i siła po zabiegu zwiększały się, g) większego wpływu na narządy brzuszne nie obserwował.

Lędźwiowe przecięcie wykonał autor w 42 przypadkach mianowicie:

w 7 przypadkach rany postrzałowej kory mózgowej,
» 5 » zmian naczyń kory,
» 4 » uszkodzenia rdzeniowego,
» 9 » zmian rdzenia (scleroza),
» 4 » wrodzonego porażenia połowiczego,
» 13 » wrodzonego, poprzecznego, kurczowego porażenia.

Śmiertelności nie było. Najlepsze wyniki otrzymywał przy zmianach w zakresie kory mózgowej, w zakresie rdzenia wyniki były różne, np. w ranie postrzałowej w 5-tym segmencie wynik dobry, w złamaniu stosu piers. w dolnej części polepszenie, nie takie jednak jak w urazowych uszkodzeniach części wyższej rdzenia. Zabieg w kurczowem porażeniu, w następstwie zmian postępujących (stwardnienie boczne, jamistość rdzenna) dobrych wyników nie dawał.

Karkowe przecięcie wykonał w 33 przypadkach, mianowicie:

w 8 przypadkach rany postrzałowej kory mózgowej,
» 12 » zmian naczyń,
» 13 » porażenia połowiczego kurczowego kończyny górnej.

Wyniki podobne jak dla kończyny dolnej. Zdolność działania mięśniami polepszała się, n. p. chory mający przez 25 lat górną kończynę w zgięciu — w 14 dni po zabiegu był w stanie wyprostować nadgarstek, zgiąć łokieć i t. d. — Przytem poprawiało się także władanie mięśniami twarzy (chory mógł zamykać powieki i t. d.). Często przez przecięcie nerw. sympatycz. po jednej stronie stwierdzał autor polepszenie po stronie drugiej, jakoteż poprawa po jednej stronie jeszcze bardziej się uwidaczniała, po przecięciu nerwu sympatyczn. po drugiej stronie; odnieść to należy do czynności odruchowej.

U osobników młodych zniekształcenia powstałe przez porażenie dadzą się w znacznej części wyrównać po przecięciu nerw. sympatycz., u starszych natomiast, gdzie porażenie trwa 20 - 30 lat, z powodu zmian w strukturze poprawa jest mała.

Co do leczenia pooperacyjnego, to należy stosować ćwiczenia, masaż, elektryzację.

Andrews. **Uzupełnienie dużych ubytków udowych i udowo-pachwinowych.** Autor powtarza szereg metod zaopatrywania bram przepuklin udowych i udowo-pachwinowych i dochodzi do następujących wniosków:

1) w zwykłej przepuklinie udowej konieczne jest usunięcie worka i zeszycie,

2) w dużej przepuklinie udowo-pachwinowej sposoby plastyczne nie wystarczają i powinne być używane jako ostateczna konieczność,

3) gdy więzadło Pouparta jest dobrze rozwinięte, najlepiej jest przyszyć je do kości łonowej,

4) w braku silnego więzadła zaleca autor zamknąć kanał jego metodą t. j. po zaopatrzeniu worka przepuklinowego, z dolnej części rozścięgna mięśnia skośnego zewn. wycina płat, który odwraca i przyszywa do więzadła Coopera lub okostnej kości łonowej, zamykając w ten sposób kanał przepuklinowy, mięsień zaś skośny zewnętrzny i wewnętrzny przyszywa do więzadła Pouparta nawskróś przez dolny odwrócony odcinek powyższego płatu.

Noble. **Myositis ossificans.** N. przytacza podział tego schorzenia: 1) *myositis ossificans progressiva,* powstająca w wieku młodym, kiedy to powo wszystkie mięśnie zmieniają się w tkankę kostną; etjologja nieznana, 2) *myositis ossificans circumscripta,* na tle częstego, powtarzanego drażnienia n. p. »kości jeźdźców«, 3) forma rozwijająca się po jednorazowym ciężkim urazie.

Następnie omawia autor różne teorje powstawania tej sprawy mianowicie: na tle specjalnej skazy kostnienia, wskutek zniknięcia płynu stawowego ze stawu, na tle urazu, wskutek oderwania cząstek okostnej, które usadowione w nowem

miejscu produkują kość, wskutek przemiany tkanki łącznej międzymięśniowej w kość, na tle zorganizowanego skrzepu krwi, który powoli przemienia się w chrząstkę a potem w kość i t. d. Najczęstszem miejscem powstawania jest mięsień czworogłowy i ramieniowy przedni, które, jak autor stwierdził, mają swój przyczep do kości na dużej przestrzeni, przyczem okostna, nietrzymająca się tu silnie kości, daje się łatwo oderwać i przenieść w mięsień. Mikroskopowo widzi się przy *myositis ossificans*: komórki *osteoblast.*, w różnych formach i przejściach od dojrzałego *osteoblastu* do niezróżnicowanych komórek tkanki łącznej, dalej komórki chrząstkowe. Porządek częstości tej sprawy w poszczególnych mięśniach jest: *m. brachialis, serratus anticus quadriceps*, rzadziej w innych, nawet w powłokach brzusznych w następstwie zabiegów, w m. pośladkowych w następstwie ropnia przerzutowego i t. d.

Sprawa ta w największym procencie występuje między 15 a 28 rokiem życia. Klinicznie należy odróżnić 3 okresy: I. tkanki są nacieczone krwią, II. obrzmienie traci swą elastyczność i staje się twardsze, III. otrzymuje spoistość kości. W 3—4 tygodni daje się wykazać promieniami Roentgena cień, oddzielonej od trzonu kości jaśniejszym pasem, cień ten nie jest jednolity, bo posiada pola jaśniejsze, odpowiadające cystom i chrząstce, później dopiero staje się coraz bardziej jednolity, jak normalna kość.

Przy różnicowaniu należy w pierwszym rzędzie myśleć o mięsaku, od którego trudno nieraz *myositis ossificans* odróżnić, zwłaszcza, jeżeli ta jest we wcześniejszym okresie w *m. quadriceps*, ale spoistość wtedy nie wszędzie twarda, usadawia się częściej blisko nasady kości, szybko rośnie, wcześnie powstaje ból, roentgenologicznie stwierdza się kość zajętą.

Leczenie da się przeprowadzić następująco: podczas okresu rozwoju sprawy, żadne, — gdy zaczyna się konsolidować, masaże i ćwiczenia — w końcu, gdy proces jest ukończony i stwierdza się wskutek tego zaburzenie funkcji lub ucisk na naczynia i nerwy, wskazane jest leczenie doszczętne przez usunięcie.

Na koniec przytacza autor 5 swoich przypadków, mianowicie: *myositis ossificans* w zginaczach przedramienia, *quadriceps femoris, (mm.) sterno-cleido-mast., brachial. ant.* a piąty w dolnej części uda, ściślej nie oznaczony.

G r a h a m. **Złośliwe nabłonkowe nowotwory gruczołu tarczykowego.** Gr. ma między 1915 a 1922 rokiem 108 przypadków guzów gruczołu tarczykowego z rozpoznaniem klinicznem: nowotwór nabłonkowy złośliwy lub podejrzany. Badanie mikroskopowe wykazało: w 43 przypadkach gruczolaki dobrotliwe, w 65 raki, mianowicie: w 55 gruczolaki złośliwe, w 8 raki gruczołowate, brodawkowate i w 2 raki twarde.

Autor przytacza własne badania i dochodzi do następujących wyników:

1) 90% nowotworów złośliwych, wychodzących z nabłonka gruczoł. tarczyk., powstaje z poprzednio rozwijającego się gruczolaka,

2) morfolog. charakter komórek i tkanek jest niezawodnie podstawą do określenia złośliwości nowotworu nabłonk. tarcz.

3) złośliwość ich polega na skłonności do przechodzenia na torebkę, otaczającą tkankę gruczołu. Najbardziej stałym znakiem złośliwości jest skłonność do przechodzenia na naczynia krwionośne. (Autor podaje ładne preparaty naczyń, zajętych tkanką nowotworową),

4) rak twardy i gruczołowaty nie zajmuje naczyń krwionośnych, tylko naczynia limfatyczne,

5) nowotwory nabłonkowe są otorbione i nie wykazują zajęcia naczyń krwionośnych, są dobrotliwe,

6) wyrażenie »rak« tyczy się nowot. nabł. tarczycy złośliwych, nazwa zaś »gruczolak złośliwy« jest używana dla oznaczenia podgrupy raka, ale nie jest to nazwa poprawna. Natomiast nazwy, jak *»wuchernde Struma«*, »gruczolak bujający, przerzutowy«, „wól kolloid. przerzutowy", »norm. gruczoł tarcz. przerzutowy«, powinny być usunięte i nie używane.

Janik (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 39. 1924 r.

H e s s e. **Leczenie kiły u oseskόw merlusanem.** Autor stosował merlusan tak u niemowląt jak i u starszych do 6-ciu lat i osiągnął bardzo dobre wyniki. Jest to połączenie tyrozyny z rtęcią, działa skutecznie, a nie wywołuje ubocznych objawów, spotykanych podczas leczenia rtęcią. Stosuje się w postaci tabletek rozpuszczanych w mleku lub herbacie, dla niemowląt od 1/2—1 tabletki, u dzieci starszych do 3-ch tabletek dziennie.

Nr. 42., 1924.

N e l k e n. **Przyczynek do kliniki wrodzonej kiły.** Autor zwraca uwagę na częste występowanie kiły wrodzonej, bez widocznych objawów przy urodzeniu, które mogą wystąpić dopiero w 4—6 tygodniu życia. Odczyn Wassermanna może być ujemny, nawet przy zupełnie jasnym obrazie kiły. Kładzie nacisk na ważność jak najwcześniejszego i dokładnego leczenia.

K a u p e. **Podawanie dicodidu we wieku dziecięcym.** Przy silnych atakach kaszlu, szczególnie podczas krztuśca, podaje autor dicodid w ilości 0,005 w tabletkach. Dzieci, nawet niemowlęta, znoszą ten preparat dobrze, bez działań ubocznych.

Nr. 43., 1924.

O c k s e n i u s. **O wczesnem leczeniu stulejki (Phimosis) u dziecka.** Autor przestrzega przed operacyjnem leczeniem stulejki w pierwszych miesiącach życia dziecka, gdyż i samoistnie może przyjść do polepszenia. Jeśli poprawa nie następuje, należy próbować najpierw drogą niekrwawą, a o ile ta jest bezskuteczną, dopiero w 2 gim roku życia operować.

Nr. 45., 1924.

L e v i n. **Zapobieganie kile wrodzonej.** Przypadek kiły wrodzonej u dziecka, u którego matki podczas ciąży odczyn Wassermanna był ujemny. Autor kładzie nacisk na ważność intenzywnego leczenia każdej ciężarnej, która przeszła kiłową infekcję, aby zapobiedz schorzeniu dziecka.

Münchener mediz. Wochenschritt.

Nr. 47., 1924 r.

B u n n e m a n. **Krótkie zestawienie doświadczeń zebranych podczas podawania skoncentrowanego pożywienia: Dubo.** Autor poleca podawanie mleka z cukrem 17% (Dubo) dzieciom przedwcześnie urodzonym, nie mogącym należycie ssać, następnie dzieciom nerwowym, w okresie ozdrowienia, jakoteż takim, które muszą być forsownie odżywiane. Pożywienie to daje bardzo dobre wyniki, dzieci przybywają na wadze, chętnie je piją, stąd obawa, że nie będą chciały więcej przyjmować pokarmu z piersi matki. Odżywianie powinno się odbywać pod kontrolą lekarza, w przeciwnym razie dzieci mogą być przekarmiane, nie należy też przez zbyt długi czas podawania »Dubo« przeciągać, by nie przyzwyczajać żołądka do przyjmowania zbyt małych ilości pokarmów.

Nr. 49., 1924.

C z i c k e l i. **Przyczynek do podawania tuberkuliny per os.** Autor podawał starą tuberkuline Kocha *per os*, w postaci kropli i to z początku w rozcieńczeniu 1 : 100, 1 : 10, wreszcie nierozcieńczoną. Na 12-cioro dzieci wystąpił dodatni odczyn wedle Meyer-Bischa u jednego, u reszty dzieci żadnej reakcji nie można było stwierdzić. Autor powątpiewa w skuteczność działania tuberkuliny *per os*, co nadto wymaga ogromnej ilości preparatu.

Czobanówna (Lwów).

Wiener Archiv für Innere Medicin.

T. IX. Zesz. 1. — 1924.

F. K i s c h. **Pierwotne wysokie ciśnienie krwi a czynność nerek.** Stan zwany *»hypertonia essentialis«*, rozmaicie bywa tłumaczony. Volhard uważa go za częściowe zwężenie naczyń bez udziału naczyń skórnych. Kahler uważa ten stan bądź za czynnościowy, wywołany przez obwodowe toksyczne podrażnienie nerwów naczyniowych jako zmianę napięcia, bądź też za anatomiczny wyraz stwardnienia tętnic, wywołanego przez czynnościową hyperfunkcję. Falta, Depisch i Högler

twierdzą, że w okresach początkowych można wprawdzie mówić o pierwotnej hypertonji, ale przy stanach trwałych zachodzi niedomoga nerek. Kylin uważa ten stan za częściowy objaw choroby funkcjonalnej, którą cechnje zmienność ciśnienia krwi, obniżona tolerancja węglowodanów, tendencja obniżania się ciśnienia krwi i ilości cukru we krwi pod wpływem podskórnych zastrzykiwań adrenaliny oraz ogólne objawy nerwowe. Na podstawie swoich ścisłych i szczegółowo opisanych badań, wykonanych w klinice prof Wenckebacha dochodzi autor do wniosku że w pewnych podłożach konstytucjonalnych mogą się pod wpływem bodźców wydzielniczo-dokrewnych lub innych szkodliwości pojawić wybitne wahania w stanie napięcia naczyń, przebiegające bez zmian w nerkach i naczyniach nerkowych. Prototypem takiego chwiejnego lub paroksyzmalnego wzmożonego ciśnienia są kobiety w okresie ustawania miesiączki, oraz osoby o nerwowej wygórowanej pobudliwości, a po części odgrywa tu rolę sympatykotonja w sensie Eppingera i Hessa tj. stan podrażnienia nerwów trzewnych z nadmiernem nagromadzeniem gazów w przewodzie pokarmowym, z wysokim stanem przepony i poprzecznem ułożeniem serca. Ze spostrzeżeń autora wynika, że z takich stanów chwiejnego, wzmożonego, paroksyzmalnego ciśnienia mogą się już rozwinąć zjawiska chorobowe nerek, zanim wysokie ciśnienie krwi się ustali. Obniżenie czynności nerek może być zrazu bardzo nieznaczne. Ale częste, pierwotnie chwiejne i napadowo wygórowane ciśnienie ustala się na znacznej wyżynie, a przy dalszem potęgowaniu się występują objawy upośledzenia czynności nerek. Atoli przy trwałem wysokiem ciśnieniu krwi bywa czynność nerek prawie bez wyjątku upośledzoną. Upośledzenie to, aczkolwiek nie koniecznie wybitne, przy dokładnem badaniu czynności nerek daje się jednak niewątpliwie wykazać. Autor, zgodnie z twierdzeniami Falty i badaniami Herxheimera, przypuszcza, że trwałe, pierwotne, wygórowane ciśnienie krwi należy odnieść do uszkodzenia tętniczek nerkowych.

Blassberg (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czaspismo Lekarskie Nr. 1 1925: Ś. p. prof. Kazimierz Rzętkowski. — H. Strauss: Zagadnienia z dziedziny rozpoznawania i leczenia owrzodzeń żołądka. — I. Mackiewicz: Z kazuistyki nowotworów przysadki i ich leczenia. — D. Redel: W spra ie etjologji i leczenia dychawicy oskrzelowej. — K. Teodorowicz: Dwa przypadki zapalenia płuc, wywołanego przez prątki duru rzekomego C. — L. Anigstein: Malaria tropica w Warszawie pochodzenia miejscowego. — B. Chorążycki: Problemat migdałkowy. — H. Markowa: Rozwój, potrzeby i cele Państwowej Szkoły położnych w Krakowie.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny. Zesz. III i IV. r. 1924. Poznań. Aleje Marcinkowskiego 15. Cena I tomu r. 1924 — 18 Zł. — J. Fritz: Z dziejów pedjatrji XXI. wieku. Jan Hieronim Chrościejowski. — Wł. Szumowski: Pomysły aeronautyczne we Lwowie w roku 1784 oraz lekarskie nad niemi uwagi. — J. Lachs: Polscy uczniowie Padewskiej Szkoły Lekarskiej (C. d.). — Fr. Giedroyć: Na marginesie rozprawy prof. W. Szumowskiego p. n. Collegium Medicum Stanislao-Augusteum. — J. Talko-Hryncewicz: Kartka z historji Lazaretu Burjackiego Nr. 245 w Petersburgu (1915—1917). — R. Wierzbicki: Bibljografja słownictwa lekarskiego polskiego. — Zdz. Skibiński: Rafał Józef Czerniakowski, profesor Anatomji w Uniwersytecie Jagielońskim od r. 1779 do r. 1782. — St. Szuman: Definicje pojęć »choroba« i »zdrowie«. — St. Trzebiński: Jak obradowała Sekcja lekarska Kongresu uczonych w Pizie w r. 1839. — Ad. Wrzosek: Listy Ludwika Gąsiorowskiego do Frederyka Skobla. — Tenże. Uczczenie pamięci Heljodora Święcickiego przez Uniwersytet Poznański, Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk oraz lekarzy wielkopolskich, pomorskich i warszawskich. — Ludw. Zembrzuski: Przyczynek do historji słownictwa lekarskiego polskiego. Sprawozdania i oceny. Spis prenumeratorów »Archiwum«.

Przegląd Dentystyczny: Wł. Hertz: Prasowawie, jako środek sterylizacyjny. — H. Wilga: W sprawie »ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej i czynności techniczno-dentystycznych«. — A. Gruszczyński: Centralna Rada związków lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem przeciwko interesom zawodu dentystycznego.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1924. Grudzień. (Nr. 12). — Cena 2 M. niem. Treść: 1. Prof. Payr: Wskazania i leczenie w guzach mózgu. — 2. Radca dr. Müller: Nowe badania w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. — 3. Prof. Zeller: Przegląd prac chirurgicznych. — 4. Prof. Hohmann: Przegląd literatury ortopedycznej.

1925. Styczeń (Nr. 1). — Cena 2 M. niem. Treść: 1. Prof. Lubarsch i A. Wolff: Obecny stan hodowli tkanek, w szczególności znaczenie jej dla patologji. Zwyrodnienie w świetle nowoczesnych badań. 2. Prof. Weichardt: Teoretyczne podstawy leczenia proteinowego. — 3. Gerlach: Przegląd literatury patologicznej.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23. stycznia 1924.

Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 110 członków.

1. Przewodniczący a) odczytuje odezwę polskiego Komitetu do zwalczania raka i zachęca zebranych do jak najwydatniejszego współdziałania w ankiecie w sprawie raka. Odpowiednie kwestjonarjusze otrzymali wszyscy koledzy, idzie jedynie o to, ażeby je wypełnili i nadesłali lekarzom urzędowym;

2. b) następnie mówi o założeniu od 1 stycznia r. b. Kasy emerytalnej dla lekarzy, przynależnych do Lwowskiej Izby lekarskiej i podnosi wielkie jej znaczenie społeczne dla lekarzy, dla wdów i sierót, jeżeli nie mają zapewnionej emerytury z tytułu stałej posady;

c) zawiadamia, że 1 i 2 lutego odbędzie się we Lwowie Zjazd Zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich;

d) zawiadamia, że do Towarzystwa zostali przyjęci jako członkowie: kol. Stefan Kuryłowicz, Stanisław Liebhart, Juljusz Schneider i Roman Reichert.

2. Kol. Herschendorfer (jako gość) z oddziału ocznego Szpitala Powszechnego przedstawia przypadek wyleczenia zrostu powiek z gałką oczną (*Symblepharon totale*) u chorego, który przed 5 laty oparzył sobie oko wapnem. Powieki były zupełnie zrośnięte z zanikłą gałką oczną. Operację wykonano dwuczasowo. Oddzielono najpierw dolną powiekę, zostawiając bliznę na gałce, poczem ranę po wewnętrznej stronie powieki pokryto uszypułowanym płatem skóry metodą Rogmana: płat prostokątny z okolicy poniżej dolnej powieki z szypułą u góry, na wysokość mającego utworzyć się załamka, przeciągnięto przez szparę, utworzoną przez przecięcie tkanek, poczem dolny brzeg płata zeszyto z brzegiem dolnej powieki. Po 8 dniach wykonano drugi zabieg. Po oddzieleniu górnej powieki od gałki, podobnie jak dolnej, użyto do pokrycia ubytku na powiece uszypułowanego płata skóry z okolicy nad kością jarzmową, przyczem szypułę tworzyło przedłużenie górnej powieki ku stronie skroniowej. Powiekę zostawiono *in situ*, nieodwracając jej, szwy zaś (nitki na podwójnych igłach), służące do przytwierdzenia płata, założono w ten sposób, że po przekłuciu igieł przez płatek zmieniono igły na większe (skórne) i wzdłuż zgłębnika rowkowego wprowadzono je pod powiekę, wykłuwając je następnie około 2 cm powyżej brzegu powiekowego. Przecięcie szypuły dolnego płata. Po 12 dniach przecięcie szypuły górnego płata. Przecięto ją poziomo 2 mm powyżej brzegu powiekowego i odpreparowano od podstawy w ten sposób, że powstał płatek prostokątny długości 5 mm, który użyto do rozszerzenia worka »spojówkowego« (spojówka w właściwem znaczeniu nie istniała) także w kierunku poziomym za kącikiem zewnętrznym. Osiem tygodni po operacji wynik jest zadowalający. W razie późniejszego zmniejszenia się worka »spojówkowego« skutkiem ewentualnego kurczenia się tkanki bliznowatej wskazanem będzie usunięcie gałki wraz z bliznami.

W dyskusji kol. Machek uważa kombinację metody Rogmana z plastyką, wykonaną w górnym załamku, za bardzo dobry sposób usunięcia zrośnięcia i przysposobienia do protezy. Dotąd zrośnięcie całkowite uważano za nieuleczalne.

3. Kol. Ciepielowski omawia przypadek żółtaczki hemolitycznej, leczonej z korzystnym wynikiem wycięciem śledziony. Po operacji żółtaczka ustąpiła, stan chorego znacznie się poprawił. Zwraca uwagę na zachowanie się odporności krwinek czerwonych, które przed operacją ulegały hemolizie częściowej przy 0.6% NaCl, zupełnej przy 0.4% NaCl, po operacji natomiast częściowej przy 0.58‰ a zupełnej przy 0.36% NaCl. Krew, pobrana w czasie operacji z żyły śledzionowej, ulegała hemolizie częściowej przy 0.65‰, zupełnej przy 0.42% NaCl. Aczkolwiek różnica jest bardzo mała, sądzi że w śledzionie tkwi jakiś czynnik, osłabiający czerwone krwinki. Przychyla się do teorji Widala, że szpik kostny przy żółtaczce hemolitycznej wysyła do obiegu mniej odporne ciałka czerwone, bo, gdyśmy przyjęli jedynie nadtrawiające, czy hemolizujące działanie śledziony, to po usunięciu tejże, należałoby spodziewać się odporności czerwonych krwinek normalnej, czego w omawianym przypadku nie wykazano.

4. Kol. Bühn zdaje sprawę z przypadku niedokrwistości aplastycznej z zejściem śmiertelnem, spostrzeganego na oddziale wewn. I szpitala powszechnego, z objawami wybitnej skazy krwotocznej. W obrazie krwi uderza stale postępujący spadek ilości ciałek czerwonych, białych i płytek przy równoczesnym braku zupełnym objawów odnowy ciałek czerwonych, jak również braku objawów rozpadu tychże (zabarwienie skóry podżółtaczkowe, bilirubinemja, urobilinurja i t. d.).

Badanie anatomo-patologiczne potwierdziło rozpoznanie. Stwierdzono żółty szpik kostny i brak wszelkich objawów odnowy w preparatach histologicznych szpiku. Omawiając następnie różne poglądy na niedokrwistość aplastyczną, podnosi zapatrywanie Eppingera, który stwierdza, obok niewydolności szpiku kostnego, niedomogę tarczycy i zahamowanie pobudzającej czynności śledziony na wytwarzanie się ciałek czerwonych w szpiku kostnym.

5. Kol. Kuhl wygłasza wykład: **Przyczynek do skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi.** Mówca omawia przypadek spostrzegany na oddz. wewn. I. szpitala powszechnego. Wyklucza krwawienia objawowe, krwawiączkę, niedokrwistość aplastyczną, a rozpoznanie swe *purpura thrombolytica* typu Katznelsona opiera na wywiadach i wynikach badań, a mianowicie: u młodego osobnika napadowo występujące krwawienia, trudne do tamowania (brak skaz krwotocznych w rodzinie chorego); zmniejszenie ilości, a w czasie krwawień, zupełny brak płytek we krwi przy prawidłowem zachowaniu się ilości ciałek czerwonych i białych; przedłużony okres krwawienia przy prawidłowej krzepliwości krwi; opóźnienie kurczliwości skrzepu; dodatni objaw opaskowy; twarda powiększona śledziona. Mówca omawia powyższe objawy i istotę samego schorzenia, przytacza zapatrywania Franka i Katznelsona; sądzi, że istnieją dwie postacie trombocytopenji essentialis aplastyczna i hemolityczna. Omawiając leczenie tych przypadków podkreśla korzystny wpływ podawania przez dłuższy czas wapna, a tylko objawowe działanie autohemoterapji i adrenaliny. Po adrenalinie otrzymał znaczne zwiększenie się odporności krwinek na hipotoniczne rozczyny soli kuchennej, czego nie uzyskał w swych badaniach Czernecki, z czego wnioskuje, że w tym przypadku układ siateczkowo-śródbłonkowy, prócz płytek, atakuje także i ciałka czerwone we krwi. Jako ostateczny i najskuteczniejszy środek leczniczy dla *purpura thrombolytica* uważa wycięcie śledziony, co też ma być zrobione u omówionego chorego.

W dyskusji kol. Czernecki: Trzy przedstawione przypadki tworzą z przypadkiem niedokrewności Biermera, przedstawionym w zeszłym roku, pewną całość. Są one typowe i pierwotne (»*essentialis*«) W tym przypadku niedokrewności Biermera uderza alkoholizm u ojca chorego i napady padaczki u chorego. Łatwiej też przyjąć można i mniejszą wartościowość szpiku kostnego. Wyrazem tej »astenji« szpiku ma być »achylia gastrica« i limfocytoza. Objawy erytrofagji w śledzionie w żółtaczce hemolitycznej wysuwa śledzionę na pierwszy plan w tej postaci chorobowej. Zakres erytrofagji wydawał się Eppinger wi zbyt małym wobec ogromnej hemolizy, stworzył on też swą pomocniczą hipotezę »nadtrawiania« ciałek czerwonych w śledzionie. Przeciwnicy czynnej roli śledziony twierdzą, że to szpik kostny wytwarza mniej wartościowe krwinki, ulegające łatwiej rozpadowi. Szpik silnie czerwony w żółtaczce hemolitycznej dotrzymuje zwykle (poza napadami) kroku ogromnej hemolizie; w niedokrewności Biermera mimo hemolizy, mniejszej niż w żółtaczce hemolitycznej, mniej wartościowy szpik nie dorasta do wymogów większej wytwórczości. Objawy »myelopatji« występują dopiero na pierwszy plan w niedokrewności »aplastycznej«, w której mimo braku wzmożonej hemolizy, szpik nie może pokryć fizjologicznego rozpadu krwinek. Zmniejszonej odporności osmotycznej krwinek tego patognomonicznego objawu żółtaczki hemolitycznej nie można identyfikować z hemolizą. Hemoliza w niedokrewności Biermera nie łączy się ze zmniejszoną odpornością krwinek. Wycięcie śledziony w żółtaczce hemolitycznej wstrzymuje hemolizę, powodując równocześnie jedynie poprawę odporności ciałek czerwonych, coby raczej przemawiało przeciw hipotezie Eppingera. W przypadku *thrombopenia essentialis*« uderza fakt, że odporność w przedstawionym przypadku była zmniejszona.

Stojąc więc na stanowisku czynnej roli śledziony możnaby przypuścić, że niszczy ona nietylko płytki, ale »nadtrawia« krwinki, że więc mamy pewne przyjście między »thrombopenia« a »anaemia gravis haemolytica« (Biermer). Ze stanowiska przeciwników zaś możnaby sądzić, że może szpik kostny wytwarza nietylko krwinki mniej wartościowe, ale i mniej odporne płytki.

Zwiększenie odporności krwinek nastąpiło po wstrzyknięciu adrenaliny. Mówcy nie udało się to w doświadczeniach na królikach, mimo, że adrenalinę stosował dożylnie, a krew do badania pobierał wprost z żyły śledzionowej. Mówca zauważa wątpliwość, czy zjawisko to można tłmaczyć jedynie mechanicznie (skurcz śledziony, zmniejszenie się przepływu krwi przez miąższ śledziony i mniejsze »nadtrawianie« krwinek). Dalej rozwija mówca rozmaite zachowanie się płytek w skazach krwotocznych: wstrzymanie krwawień po wycięciu śledziony bez wzmożenia się ilości płytek, teorję uszkadzania naczyń Coriego, przypadek Naegeli'ego: wyleczenie skazy krwotocznej przez wycięcie śledziony, wzmożenie się ilości płytek, a brak »*thrombolysis*« w śledzionie. Wycięcie śledziony leczy żółtaczkę hemolityczną, w niedokrewności Biermera zaś daje wyniki słabe, późne, a co ważniejsze: nietrwałe.

Operacja usuwa tu bowiem narząd hemolityczny, usuwa »hormonalne« hamowanie czynności szpiku, ten jednak jest niewydolny i wyczerpuje się, a przytem hemoliza ponownie zwiększa się, zapewne przez zastępcze działanie reszty układu śródbłonkowo-siateczkowego, w czem grają rolę t. zw. »krwiste gruczoły chłonne«, twory zbliżone budową do śledziony i wtrącone w obieg krwi. Twory te znajdywano u zwierząt po wycięciu śledziony. Widywano je powiększone u chorych na niedokrewność Biermera, przyczem po wycięciu śledziony powiększały się jeszcze bardziej, co razem z wyczerpywaniem się szpiku tłumaczy nam nawrót hemolizy i nietrwałe wyniki lecznicze splenektomji w niedokrewności Biermera.

Sekretarz doroczny *K. Tyszka.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 17 grudnia 1924.

1. Kol. Kummant przedstawia chorego i preparat po wycięciu grubej kiszki z powodu guza wielkości mandarynki. Wycięto całą kątnicę, kiszkę wstępującą i połowę kiszki poprzecznej. Zespolenie kiszek *Ileo-transversostomia*. Przebieg pooperacyjny był dobry. Badanie mikroskopowe guza wykazało raka śluzowego.

2. Kol. Grosglik przedstawia 35 letnią kobietę ze szczątkami naciekow kilowych w nosie, które przed dwoma miesiącami robiły wrażenie twardzieli nosa; nacieki zajmowały oba nozdrza i znacznie wychylały się nazewnątrz. Chora z rozpoznaniem tocznia skierowaną była do naświetlań Roentgenem i otrzymała $^3/_5$ dawki maksymalnej przez 2 mm. Badanie jednak nie wykryło gruzełków toczniowych. Wobec stwierdzenia u chorej braku języczka i licznych blizn gardzieli rozpoznano kiłę, pomimo ujemnego Wassermanna, nawet po prowokacji. Zastosowano jodek potasu i wkrótce otrzymano wybitną poprawę.

3. Kol. Goldman opisuje operowany przypadek: relaxatio diaphragmatica sinistra. którego roentgenogram był pokazany przez kol. Bemera na ostatniem posiedzeniu. W górnej części jamy brzusznej stwierdzono maleńki kawałek dwunastnicy; pozostała część dwunastnicy wraz z żołądkiem była schowana poza przeponę. Serce przemieszczone w prawo, płuca nie udało się wykryć, natomiast znaleziono poza przeponą cały żołądek i część colon. Postanowiono leczenie objawowe. Zeszyto naderwaną dwunastnicę i przeponę, pozostawiając duży otwór dla żołądka. Przebieg pooperacyjny normalny.

4. Uczczono przez powstanie z miejsc pamięć zmarłego kolegi: ś. p. Henryka Sadkowskiego.

5. Kol. Venulet wygłosił odczyt: **Zagadnienie konstytucji ustroju.** Patogeneza większości spraw chorobowych jest złożona. Dużą rolę w powstawaniu i przebiegu chorób odgrywają własności osobnicze ustroju. Sumę własności odziedziczonych nazywamy konstytucją ustroju, własności nabyte zaliczamy do kondycji. Konstytucja ustroju składa się z konstytucji poszczególnych narządów z gruczołami krewnemi na czele. Wyrazem konstytucji są, tak cechy zewnętrzne jakoteż i stan czynnościowy ustroju, zwłaszcza zaś odporność jego i zdolność do reagowania na różne bodźce. Substancja chromatynowa komórek płciowych stanowi materjalne podłoże konstytucji. Dziedziczność konstytucji podlega prawom Mendla, aczkolwiek bezpośrednich dowodów na to nie posiadamy ze względu na złożone warunki życia ludzkiego. Biochemiczna struktura surowicy stanowi dorobek konstytucyjny ustroju; wobec korelacji, jaka istnieje pomiędzy grupami serologicznemi, a wrażliwością ustroju ludzkiego na błonicę, wrażliwość ta jest również czynnikiem konstytucyjnym. Wrażliwość na błonicę może też być przejściowa. Konstytucja jest niezmienna, lecz uwydatnia się w różnych okresach życia. Stan ogólny czyli *habitus* jest zależny od konstytucji ustroju i warunków jego bytowania, czyli kondycji. Zależność kondycji od czynników socjalnych i fizykalnych: zmiany ustroju, spowodowane kondycją, w przeciwieństwie do cech konstytucyjnych — nie dziedziczą się. Typy konstytucji prawidłowej według klasyfikacji Sigand, Bauera, Tandlera. Formuły budowy ciała według Brugscha. Wskaźnik budowy Piquet. Anomalje konstytucji morfologiczne, czynnościowe i rozwojowe. Charakterystyka konstytucji patologicznych: Stan grasiczno-chłonny, *status arthreticus, asthenicus, degenerativus*, skaza wysiękowa. Badanie konstytucji posiada nietylko znaczenie naukowe, lecz i praktyczne, aczkolwiek nasze zabiegi lecznicze nie przekraczają granic konstytucji. Względem konstytucji upośledzonych możemy natomiast stosować środki zapobiegawcze.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 stycznia 1925.

1. Kol. Itelson przedstawia przypadek subleukemji. Chory l. 27. zgłosił się ze skargami na bóle w brzuchu; przy badaniu poza znacznem powiększeniem śledziony zmian chorobowych nie stwierdzono. Badanie krwi wykazało: ze strony krwinek czerwonych - dość znaczną pikilocyozę, miejscami cienie krwinek, a gdzieniegdzie normoblasty przy ogólnej ilości 5,700.000; wyraźnie zmniejszona oporność krwinek (hemoliza przy 0,52 NaCl, urobilinogen w moczu; ze strony białych krwi-

nek uderzała duża ilość zasadochłonnych (4%), przy ogólnej ilości białych ciałek 19.000; następnie obecność 2% myelocytów i 1% postaci młodych. Zestawiając te zmiany ze znacznem zwiększeniem ilości płytek, które miejscami występowały jako gigantotrombocyty, ustalono patologiczną nadczynność układu krwiotwórczego, charakterystyczną dla subleukemji. Ojciec chorego również miał dużą śledzionę.

2. Kol. Sterling w głosił dłuższe przemówienie, poświęcone pamięci zmarłego prof. K. Rzętkowskiego. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

3. Kol. Sterling w dłuższem przemówieniu żegna opuszczającego Łódź b. wiceprezesa Towarzystwa prof. Franciszka Venuletę; w uznaniu zasług, położonych dla podniesienia poziomu naukowego posiedzeń Towarzystwa, wręcza mu dyplom na członka honorowego. Następnie żegnali prof. Venuleta, jako kierownika Miejskiej pracowni bakterjologicznej, koledzy: Skalski w imieniu władz sanitarnych i lekarzy powiatowych; kol. Mittelstadt w imieniu lekarzy szpitalnych i kol. Starzyński w imieniu Magistratu miasta Łodzi.

4. Odczytano i przyjęto sprawozdanie roczne sekretarza, bibljotekarza, skarbnika i komisji rewizyjnej.

5. Uczczono przez powstanie z miejsc pamięć zmarłego członka Towarzystwa, kol. Stanisława Kona.

Przyjęto przez balotowanie dwunastu członków nowych na członków Towarzystwa.

Wybrano komisję dla zmodernizowania ustawy i regulaminu Towarzystwa.

Uchwalono szereg zmian, dotyczących regulaminu wewnętrznego posiedzeń Towarzystwa.

Wybrano ponownie dotychczasowy Zarząd w osobach: Prezes S. Sterling, wice-prezes — kol. Mauteuffel, sekretarz I — kol. Aneger, sekretarz II — kol. Tenenbaum, Bibljotekarz I — kol. Prechner, bibljotekarz II — kol. Golc, skarbnik — kol. Mogilnicki.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 stycznia 1925 r.

1. Kol. Goldblatt przedstawia chłopca z pęcherzycą spojówki.

Kol. Leyberg wygłasza odczyt p. t. **Współczesna uretroskopja cewki tylnej.** Mówca omawia topografję cewki tylnej, której schorzenia mogą wywoływać zaburzenia bądź to moczowe, bądź płciowe. Rozpoznać umiejscowienie i istotę schorzenia (nacieki miękie i twarde, brodawczaki, polipy, wybujałą tkankę ziarnistą) można tylko przy pomocy uretroskopji, stosując równocześnie uretroskopję suchą *a vision directe* oraz uretroskopję irygacyjną, ponieważ obydwie te metody, mając swoje zalety i wady, uzupełniają się wzajemnie. Nowoczesne wziernikowanie cewki przekonało nas, że najróżniejsze skargi chorych, dla których nie mieliśmy dotychczas dostatecznego wyjaśnienia znalazły swoje wytłumaczenia w pewnych organicznych schorzeniach cewki tylnej, po usunięciu których następuje wybitna poprawa, lub zupełne wyleczenie. Następnie mówca omawia własne odnośne spostrzeżenia, pokazuje tablice barwne, ilustrujące zmiany, widziane przy jednej i drugiej metodzie uretroskopji, oraz demonstruje liczne brodawczaki, rozpoznane i usunięte przy pomocy uretroskopji irygacyjnej.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Banasz, Klozenberg i Lubicz.

Sekretarz *N. Rueger.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 30 listopada 1924. na oddziale chorób dziecięcych Dra Szaniawskiego.

Kol. Szaniawski pokazał i omówił:

1. **Cztery przypadki zapalenia wsierdzia u dzieci** w wieku od lat 7 do 12. W tem przypadek trzeci dotyczy dziewczynki 12-letniej z objawami zwężenia ujścia żylnego lewego, powiększoną wątrobą i bardzo dużą śledzioną, sięgającą poniżej pępka; w wywiadach — kilkakrotna żółtaczka, stolce zabarwione prawidłowo, mocz prawidłowy, Wassermann ujemny, Hg — 75, ciałek czerwonych 2,930.000, białych 6.300. Rozpoznanie jeszcze niewiadome. Można myśleć o żółtaczce hemolitycznej. W czwartym przypadku u chłopca 11-letniego — objawy niedomogi serca (obrzęki kończyny, powiększona wątroba, puchlina brzuszna) oraz wysięk w worku sercowym (*perica-ditis*); stan ogólny ciężki;

2. chłopca 13-letniego z rozpoznaniem **krwawiączki:** ilość Hg początkowo około 30, obecnie 70, ciałek czerwonych około 3 miljony, białych — 6000, płytek Bizzorero około 130 tysięcy, krzepnięcie krwi po 30 minutach, Wassermann ujemny;

3. chłopca 10-letniego z **dużą wątrobą i przesiękiem jamy brzusznej** (wyciągnięto około 4 litrów) — Wassermann słabo dodatni, później ujemny;

4. chłopca 4-letniego bez objawów zwyrodnienia, **niedostatecznie rozwiniętego umysłowo z oczopląsem,** za-tro em głowy przy chodzeniu i drżeniem głowy; w wywiadach — upadek dziecka w czwartym roku życia i potłuczenie czaszki.

Posiedzenie naukowe w dniu 20. grudnia 1924.

Przewodniczy kol. Rożkowski.

1. Kol. Stawnicki pokazał dziewczynkę $7^1/_2$-letnią z **olbrzymiem powiększeniem w zysikich gruczołów chłonnych.** W wywiadach rodzinnych i osobistych nic szczególnego, od 2 miesięcy — kaszel. Na szyji gruczoły w postaci dużych guzów. W pachwinach i pod pachami gruczoły b. powiększone, obrzęk powiek, T° 37,1°—37,2° — do 37,8°, słuch nieco przytępiony, w moczu ślad białka, śledziona powiększona; stan krwi: Hg 42°, wskaźnik Hg 0,75, ciałek czerwonych — 3.600.000, białych 7.375, dużo mikro- i podkilocytów. Kol. Stawnicki wyłącza w tym przypadku anaemję złośliwą i białaczkę, przypuszcza sprawę gruczołową złośliwą.

2. Kol. Batawia pokazał chorą z **wybitnemi zmianami kilowemi w jamie noso-gardzielowej i w krtani.** Wywiady: chorowała nieraz na gardło, przechodziła zapalenie płuc, rodziła, poronień nie miała. Stan obecny: duszność, połyka z wielką trudnością, tętno 128, wątroba macalna, mocz prawidłowy. Stan miejscowy: brak języczka, brak nagłośni, w gardle rozległe blizny, zwężające się lejkowato w stronę krtani. Kol. Batawia podkreśla w tym przypadku możliwość oddychania i połykania wobec wąskiej szpary, nie przewyższającej 2 mm; rozpoznaje prawdopodobnie przymiot.

3. Kol. Braut pokazał chorą z **tocznem policzka, wyleczonym naświetlaniem Röntgenem.**

4. Kol. Batawia odczytał pracę: **„Szczepionki w chorobach nosa, gardła i uszu“** (drukowaną w »Przeglądzie oto-laryngologicznym«).

Posiedzenie kliniczne w dniu 21. grudnia 1924 roku w Szpitalu N. Marji Panny (lekarz naczelny dr. Wrześniowski).

1. Kol. Goldman pokazał:

a) preparat pooperacyjny **ciąży jajowodowej, pękniętej do luźnej tkanki więzu szerokiego;** jajo płodowe pozostało przyczepione do jajowodu i rozwijało się w dalszym ciągu. Rozpoznanie kliniczne nie było pewne Kol. Goldman omówił różne umocowania jaja w jajowodzie i wynikające stąd różne zejścia;

b) **torbiel części jajnika lewego,** którą można było wyłuszczyć w ten sposób, że zdrową część jajnika pozostawiono, a jamę po wyłuszczonej torbieli obszyto otrzewną.

2. Kol. Franke pokazał:

a) chorego po **operacji doszczętnej prawostronnej przepukliny mosznowej;** w worku znajdowała się kątnica z wyrostkiem robaczkowym oraz podstawa krezki kątnicy;

b) pokazał 6 chorych w różnych okresach gruźliczego zapalenia stawu biodrowego, omawiając odpowiednie do okresu sposoby leczenia oraz ogólne zasady heljoterapji.

3. Kol. Wrześniowski pokazał:

chorego po **wyleczeniu złamania otwartego kości prawego ududzia,** leczonego, jak złamanie zwyczajne: sterczący na zewnątrz odłamek wprowadzono pod skórę, mocno wyjodynowano odłamek i ranę skórną, i nałożono opatrunek ustalający z fornieru stolarskiego. Po 4 tygodniach zrośnięcie kości i zagojenie rany;

b) chorego po **operacji wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego;** wynicowany pęcherz odpreparowano wraz z kawałkami moczowodów odpowiedniej długości; zbyteczne brzegi pęcherza obcięto, otworzono otrzewną, przecięto otwór podłużny w esicy i dwupiętrowym szwem wszyto odwrócony pęcherz do esicy. Ranę wyłożono gazą. Chory, 10-letni chłopiec jest na wygojeniu, mocz oddaje przez odbytnicę;

c) 5 chorych po **przebytem ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego,** w pierwszych dniach pod postacią ogólnego zapalenia otrzewnej, leczonych wstrzykiwaniami propidonu i lodem na brzuch — obecnie oczekujących na wessanie małego nacieku i wycięcia wyrostka na zimno;

d) 3 chore z **ostrem, wysiękowem zapaleniem przymacicza,** leczone propidonem; wysięki znacznie i szybko zmniejszyły się;

e) 2 chore po **operacji kamieni żółciowych:** jedna po *cholecystotomia idealis*, gdzie wyjęto 2 duże kamienie, zaszyto pęcherzyk i powłoki; druga, gdzie wycięto pęcherzyk sposobem Doyen'a, otrzewnową otoczkę pęcherzyka zeszyto w kształcie rurki i wolny koniec tej rurki wszyto w powłoki brzuszne — sączek z paska gazy. W tym drugim przypadku pęcherzyk był znacznie rozciągnięty przez płyn surowiczo-galaretowaty i zawierał 56 kamieni średniej wielkości. Obie chore operowano w znieczuleniu lędźwiowem *allo caïne Lumière;* znieczulenie było dobre, bez objawów ubocznych.

K. Łokczewski, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Pod przewodnictwem dr. Zwejgbauma odbyło się dn. 8. stycznia r. b. Walne Zgromadzenie Warszawskiego Towarzystwa ginekologicznego.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego zebrania i sprawozdania z działalności Towarzystwa w r. 1924, nastąpiły wybory do Zarządu Towarzystwa na rok 1925. Wybrani zostali: Prof. Czyżewicz — jako przewodniczący, dr. Grzankowski — jako

wiceprzewodniczący, dr. Beck — sekretarz, dr. Zborowski — zastępca sekretarza, dr. Janczewski Wład. — skarbnik, dr. Jakowicki — bibljotekarz, dr. Lorentowicz — redaktorem »Ginekologji Polskiej«.

Do komisji konkursowej: drzy Jankowski, Lorentowicz, Cykowski, Monszorski, Zwejgbaum.

Do komisji rewizyjnej: drzy Staniszewski, Janczewski Stefan, Tyrchowski.

Komisję kwalifikacyjną stanowią: drzy Bełżyński, Jasielewicz, Bryndza-Nacki, Cykowski, Łuniewski, oraz zastępcy drzy Altkaufer i Gromadzki Henryk.

W końcu uchwalono wniosek Zarządu, żeby podnieść składkę członkowską do 20 złotych rocznie oraz przekazać remanent Twa Ginek. w sumie 150 zł wydawnictwu »Ginekologji Polskiej«.

Ponadto upoważniono dr. Gromadzkiego do zbierania składek na wydawnictwo »Ginekologji Polskiej«.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 stycznia 1925.

Przew. kol. K. Opoczyński, sekr. kol. E. Czarnecki.

Obecnych 105 osób, w tej liczbie członków T-wa 65.

1. Odczytanie protokołu z dnia 3. grudnia 1924 r.

2. Kol. Cz. Czarnowski — pokaz chorej **operowanej z powodu perlaka ucha środkowego**; perlak, niezwykle dużych rozmiarów, zniszczył kość skroniową dokoła ucha środkowego, tak, że oponę twardą środkowego dołka czaszki trzeba było odsłonić na przestrzeni przeszło 30 cm². Guz powyższy niczem się nie zdradzał w ciągu szeregu poprzednich lat. W okresie pooperacyjnym napady drgawek o charakterze padaczki (*epilepsia*) zazwyczaj wraz z sinicą i słabym tętnem przeważnie po stronie prawej. Stan chorej jest obecnie o tyle dobry, że wypisuje się ona ze szpitala.

Dyskusja. Kol. K. Opoczyński: Czy nowotwór był usadowiony tak głęboko, że mógł uciskać na mózg? Kol. Cz. Czarnowski odpowiada, że nowotwór miał postać płaską i przytykał na całej powierzchni do płatu skroniowego, nazewnątrz zaś zniszczył przylegającą część. Kol. Opoczyński zapytuje dalej, czy nie można przypuścić, że drgawki zostały spowodowane zmianami w krążeniu naczyń mózgu, wywołanemi usunięciem guza.

Kol. A. Mikulski podnosi, że drgawki występują po trepanacji nierzadko. Pytanie, dlaczego drgawki występują tylko po stronie prawej; co do tego istnieje przypuszczenie, że ośrodki korowe nie wchodziły tu w grę, nie były to drgawki ogniskowe, a raczej spowodowane ogólnym szokiem.

3. Kol. W. Jasiński przedstawił preparaty makro- i mikroskopowe **z przypadku wrodzonego zwężenia odźwiernika** (*stenosis pylori congenita*) u oseska zmarłego w wieku 2 mies. Chłopiec, pierworodny syn zdrowych, nieobarczonych dziedzicznie i dość zrównoważonych rodziców. Poród normalny, waga przy urodzeniu 2800. Objawy chorobowe zaczęły się 10-go dnia życia, odrazu gwałtowne wymioty, występujące jednak nie częściej, niż 2—3 razy na dobę. Wymioty nie ustępowały pod wpływem różnorodnych środków leczniczych. Waga w ciągu pierwszych tygodni choroby trzymała się na jednym poziomie, w drugim miesiącu życia zaczęła spadać. Dziecko przybyło do kliniki w stanie zupełnego wyniszczenia, z wciągniętym brzuchem, pomarszczonym czołem, wagą 2000. Wymioty wybuchowe w postaci łuku (fontanny), stołeczki 2 razy na dobę. Po stosowaniu karmienia ściągniętym pokarmem z dodatkiem 17% cukru (Duhu) waga na razie podniosła się, lecz po 3 dniach wymioty stały się coraz częstsze (do 12 na dobę), nie poddając się kilkudniowemu leczeniu wewnętrznemu (Papaverinum, atropinum) 4-krotne płukanie żołądka z przemywaniem rozczynem soli karlsbadzkiej wykazało zastój treści o znacznej kwasocie. Zauważono wzmożony ruch robaczkowy i guz w okolicy odźwiernika twardy wielkości orzecha laskowego. 9-go dnia pobytu w klinice dokonano (prof. Michejda) u dziecka operacji: nacięto podłużnie zgrubiały odźwiernik do warstwy podśluzowej, poczem zeszyto tylko błonę surowiczą. Zabieg trwał 17 minut. Pierwszy posiłek podano w 1½ godz. po operacji, następnie w odstępach zwykłych. Dziecko nie wymiotowało w ciągu 12 godz. W 5 godz. po pierwszych wystąpiły drugie nader obfite wymioty i w 15 min. później dziecko zmarło. Badanie pośmiertne: nieznaczne rozszerzenie żołądka, odźwiernik w kształcie twardego wałka, spoistości — chrząstkowatej. Na przecięciu makroskopowo tuż odróżnić można grubą warstwę mięśniową, śluzówka pofałdowana, światło odźwiernika znacznie zwężone. Na preparatach mikroskopowych, dokonanych w Zakładzie Anat. Pat. U. S. B., te same objawy wystąpiły nader wybitnie. Mówca kreśli następnie zwykły obraz kliniczny zwężeń odźwiernika i przytacza poglądy na tę postać chorobową, zaznaczając, że w ostatnich czasach większość wypowiada się za pierwotnym przerostem mięśniówki odźwiernika, wbrew tym, którzy uważają przerost tylko za następstwo skurczu odźwiernika. Wreszcie dłużej zatrzymuje się kol. Jas. na wynikach leczenia zachowawczego i operacyjnego. Stwierdzając na zasadzie ostatnich statystyk amerykańskich, że obydwa sposoby leczenia dają mniej więcej jednakowe wyniki. Śmiertelność w przypadkach poddawanych wcześnie obserwacji klinicznej spadła bardzo nisko (1,8%), nie mniej jednak we wszystkich statystykach pewien odsetek nie poddaje się leczeniu. W przedstawionym przypadku stawiał kol. J. niepomyślne rokowanie wobec wczesnego początku choroby (10 dnia życia), burzliwego przebiegu, oraz znacznego wyniszczenia dziecka w chwili rozpoczęcia systematycznego leczenia (streszczenie wł.).

Dyskusja. Kol. M. Obiezierski mówi o przypadku obserwowanym w Mińsku Litewskim; dziecko z niepowściągliwemi wymiotami; operacja wykazała *tumor hypohysis*. Po wycięciu guza dziecko żyło 3 tygodnie; wymioty ustąpiły, rozwinęła się natomiast cukrzyca, która spowodowała śmierć. Schorzenie przysadki mogło stać w związku z porażeniem perystaltyki. Kol. Ch. Zarcyn: Choroba Marfana interesuje zarówno chirurgów, jak i internistów; niestety operacji często dokonywa się zapóźno, co dyskredytuje chirurgję; jeden z objawów ciężkiego stanu, brak ruchów robaczkowych, co może zależeć od bezwładu lub niedowładu mięśniówki żołądka. Operację można dokonywać jeszcze w ten sposób, że po wycięciu otrzewnej i mięśniówki szwów nie nakłada się zupełnie.

4. Kol. J. Szmurło pokazał chorego, 70 letniego urzędnika, u którego przed 11 miesiącami dokonał **wycięcia krtani z powodu raka** lewej połowy krtani, ograniczonego do lewej struny głosowej i okolicy podgłośniowej. Operacja, dokonana metodą Glucka, odbyła się pomyślnie, przyczem zastosowano mieszaną metodę znieczulenia (miejscową z odbytnicowem uśpieniem eterowem). Na czwarty dzień po operacji — gwałtowny krwotok z tętnicy krtaniowej górnej, wskutek czego szwy rozpuszczono i ranę zatamponowano, co znacznie przedłużyło przebieg pooperacyjny, ale okazało się zbawczem dla chorego. Mianowicie, w miesiąc po operacji, w dolnej wardze rany, którą stanowiła śluzówka gardła, ukazało się nacieczenie, ktore stopniowo zaczęło się powiększać. Badanie drobnowidowe wykazało, że się ma do czynienia z nawrotem raka; z tego powodu cały kawał śluzówki aż do części zdrowych wycięto. Po 2 miesiącach nowy nawrót w dolnej przedniej części gardła i początku przełyku. Wycięto po raz drugi części zrakowaciałe i wypalono galwanokauterem. Dalszy przebieg pomyślny. Ażeby uchronić chorego od nawrotów dokonano 4 głębokich naświetlań roentgenowskich. W początkach dziesiątego miesiąca od pierwszej operacji, wobec zupełnie dobrego wyglądu tylnej ściany przełyku i doskonałego stanu chorego, mówca dokonał operacji plastycznej utworzenia przedniej ściany gardła i przełyku metodą Glucka Oddzieliwszy od skóry zrosłą z nią śluzówkę bocznych ścian gardła i przełyku i odpreperowawszy płat skóry z pobliża istniejącego na miejscu wyciętej krtani braku, odwinął go tak, że skóra została zwrócona wewnątrz i zeszył z brzegami oddzielonej śluzówki z lewej strony i w dole. Na ten płat przesunął inny wzięty z okolic szczęki dolnej i skóry bocznej części szyji po stronie prawej i zeszył go z brzegami skóry oddzielonej od śluzówki w rowku braku pozostałego po wycięciu krtani, miejsca zaś na szyji ze skóry obnażone częściowo zakrył ściągnąwszy szwami brzegi pobliskie skóry. Płaty przyjęły się dobrze, tylko w dolnym lewym kącie powstała mała przetoka, która wszakże stopniowo się zmniejszała, niesprawiając zresztą choremu żadnej przykrości. Jest wszelka nadzieja, że wkrótce zamknie się zupełnie. Jedynem powikłaniem była róża w 10 dni po plastycznej operacji, którą jednak chory zniósł dobrze. Obecnie chory połyka bardzo dobrze i już od paru tygodni oddaje się zwykłej pracy zawodowej. Przypadek ten nasuwa kilka uwag: I (nawet w przypadkach raków krtani, zdawałoby się, zupełnie ograniczonych) nie można być pewnym, czy nie będzie nawrotów; 2) nie zawsze należy dążyć do zagojenia rany per primam. Wtedy bowiem trudniej spostrzec tworzący się nawrót, trudniej go operować i wskutek tego wynik operacji, mimo rychłego zagojenia rany, może być niepomyślnym (streszczenie własne).

Dyskusja. Kol. K. Opoczyński zapytuje, czy nawrót w tym przypadku nie mógł być spowodowany zabiegiem operacyjnym (zaszczepieniem). W odpowiedzi kol. Szmurło zaznacza, że proces nowotworowy przy nawrocie nie był umiejscowiony w skórze, lecz w ścianie przełyku, zwiększonych gruczołów nie było.

Kol. Januszkiewicz wzmiankuje o pracach Mołotkowa przy leczeniu nowotworów krtani, a polegających na przecinaniu nerwów odnośnej okolicy. Kol. Szmurło uzupełnia powyższą wiadomość wskazówką, że rzekomo na Zjeździe laryngologów rosyjskich Greków miał pokazywać chorych wyleczonych w sposób powyższy.

5. Kol. L. Łukowski. — **Przyczynek do dziedziczności krwawiączki z podaniem tablicy rodowej.**

Dyskusja. Kol. A. Wirszubski. W Talmudzie są wskazówki, że starożytni żydzi znali i fakt dziedziczenia krwawiączki i warunki, w jakich to dziedziczenie się odbywa. Świadczą o tem następujące przepisy: jeżeli dwaj synowie jednej matki, choćby pochodzili od różnych mężów, zmarli na krwotok wskutek obrzezania, następni synowie zwalniają się od tego obrządku; ulga ta nie stosuje się do synów tego samego ojca z dwóch matek. Natomiast zwalniają się od aktu obrzezania synowie dwóch sióstr, jeżeli każda z nich poprzednio straciła chociażby tylko jednego chłopca wskutek krwotoku przy obrze-

zaniu. Dalszą dyskusję odłożono do czasu wygłoszenia następnego wykładu.

6. Kol. T. Wąsowski. — **Wpływ promieni Roentgena na krzepliwość krwi i formułę leukocytowej w świetle własnych spostrzeżeń** (przeznaczone do druku).

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 17. grudnia 1924.
Przewodniczy kol. Dehnel.

Obecnych 18 członków i 3 gości. Towarzystwo gości kol. Blassberga z Krakowa.

1. Kol. Gosiewski referuje sprawę **walki z gruźlicą na terenie Sejmiku powiatu Będzińskiego.** Zwraca się z prośbą do Zarządu Towarzystwa, aby zaagitował wśród członków Towarzystwa w kierunku wygłoszenia odczytów na temat gruźlicy. Listę ewentualnych prelegentów prosi przesłać do Wydziału Zdrowia Sejmiku powiatowego.

2. Kol. Blassberg odczytał referat **O pracach naukowych ś. p. profesora Walerego Jaworskiego.** (Ukazuje się w P. Gazecie lek.)

3. W dyskusji nad odczytem kol. Ingstera p. t. **»Nowsze poglądy na histerję«** kol. Czarski krytykuje metodę psychoanalityczną, uważając, że doszukuje się ona podłoża psychicznego tam, gdzie tło może być czysto organicznej natury. Jeżeli przy miażdżycy tętnicy wieńcowej serca jest często uczucie strachu, to niewiadomo, czy w nerwicy lękowej, o której rozpisuje się Freud, a którą wywodzi z pewnych przeżyć na tle seksualnem, nie zachodzi również jakieś nieznane nam tło organiczne. Wogóle niektóre przykłady psychoanalizy wyglądają mocno na naciąganie sztuczne faktów i nieuzasadnione i komiczne fantazje przez odnoszenie wszystkiego do przeżyć seksualnych. Kol. Nasiłowski zapytuje, czy epidemja pląsawicy w wiekach średnich, o których wspominał kol. Ingster, nie były natury organicznej. Kol. Dehnel krytykuje poglądy Kretschemera; uważa, że autor ten do problemu histerji nie wniósł nic nowego, a cała jego teorja, to tylko błyskotliwa gra słów. Histeryków należy traktować jako ogólną nerwicę z za burzeniami psychicznemi, wobec których jesteśmy bezsilni i z tym faktem musimy się pogodzić. Kol. Blassberg z Krakowa uważa, że szkoła psychoanalityczna nie powinna być lekceważoną, bo utorowała drogę do wyjaśnień niektórych problematów w psychiatrji i psychologji. Uderza jednak jednostronność psychoanalityków. Zna osobiście ucznia Freuda, Adlera, który wszelkie nerwice wywodzi z t. zw. poczucia mniejszej wartości (*Minderwertigkeitsgefühl*), a w żaden sposób nie chce dopuścić istnienia innych możliwości i nie uznaje innych tłumaczeń. W przypadkach, w których psychoanalitycy nieraz naprożno łamią sobie głowy, wystarcza dobre odżywianie i odpoczynek. Nie jedna nerwica w ten sposób szybko przechodzi. Kol. Witkowski uważa, że zjawiska histeryczne spostrzegamy tylko u osobników już do tego usposobionych przez swoje zwyrodnienie. Kol. Ingster (referent) odpowiada kol. Czarskiemu, że pierwszym warunkiem przeprowadzenia psychoanalizy jest wykluczenie schorzenia organicznego. Tam, gdzie tylko w przybliżeniu można by podejrzewać chorobę organiczną, nie wolno uciekać się do psychoanalizy. Fakt, że większą część nerwic odnosi Freud do przeżyć seksualnych i wieku dziecięcego wzbudzał zawsze wesołość u jego przeciwników i był niejako piętą Achillesową teorji Freuda, w którą godziły wszystkie ostrza jego krytyków. Freud jednak twierdzi, że »doszedł do swoich wyników nie drogą spekulacji, lecz drogą empirji, a chcąc być bezstronnym, musi bronić swych zapatrywań«, do których doszedł po długich eksperymentach. Referent nie jest bynajmniej bezwzględnym zwolennikiem Freuda. Ceni jednak jego naukę o znaczeniu snów i musi przyznać, że psychoanalizy dają jednak dobre wyniki tam, gdzie zawodzą inne środki. Kol. Nasiłowskiemu odpowiada referent, że pląsawice, o których wspomniał, były prawdopodobnie histeryczne. Ze istnieje coprawda pląsawica, należąca do grupy schorzeń ciała prążkowanego mózgu t. zw. *striatoz*, ale te mają inny charakter. Kol. Dehnelowi odpowiada referent, że zapatrywania jego są zbyt nihilistyczne. Gdybyśmy stanęli na jego stanowisku i zadowolnili się twierdzeniem, że histerycy, to warjaci, nie posunęlibyśmy nauki naprzód i nie doszli do praktycznych, całkiem dobrze stwierdzalnych wyników w leczeniu histerji. Co się tyczy teorji Kretschmera, wygląda ona przy powierzchownem przyjżeniu się jej na bigos utworzony ze ze wszystkich starych zapatrywań na histerję. W rzeczywistości jednak zasłużył się Kretschmer tem, że pewne sposoby reagowania histerycznego, jak drżenie, porażenia i t. d., opisał jako reakcje biologiczne niższego rzędu, mogące występować w odpowiednich warunkach u każdego osobnika. Dopiero kombinacja tych odruchów z wolą celową, wolą wyższego rzędu, filo- i ortogenetycznie młodszą, może dawać postaci chorobowe, zwane jako histerją. Wyjaśnił, że leczenie histerycznych objawów winno być uzależnione od okresu objawów histerycznych, bo inaczej musi być prowadzone leczenie u osobników, u których nastąpiło »wpętlenie« pierwotnych objawów odruchowych, a inaczej u takich, u których są one jeszcze luźno związane z funkcjami mózgowemi. Kol. Blassbergowi odpowiada prelegent, że stany, w których zwyczajne wskazówki higjeniczne pomagają, nie muszą być wcale nerwicami. Mogą to być jakieś schorzenia niedostępne dla badania fizykalnego, gdyż często stawia się djagnozę »histerja« tam, gdzie zachodzi widoczna entoroptoza, gruźlica lub inne schorzenia organiczne. W nerwicach psychicznego pochodzenia napewne ani powietrze ani mleko nie pomogą. Kol. Witkowskiemu odpowiada referent, że zapatrywanie jego kryje się z poglądami Charcot.

Dr. Budzyński, sekretarz. *Dr. Kozłowski*, *prezes.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Komisja przemysłowo-lekarska.

Komisja przemysłowo-lekarska Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, mająca zadanie popierania przemysłu krajowego w zakresie lecznictwa i higjeny, a zatem zdążająca do wzmożenia wytwórczości krajowej w tej dziedzinie, postanowiła założyć spis polskich wytwórni materjałów aptecznych, specyfików farmaceutycznych, środków djetetycznych i kosmetycznych, sztucznych wód mineralnych, przyrządów lekarskich i do opieki chorych przeznaczonych, urządzeń i przyrządów higjenicznych, opatrunków chirurgicznych i t. p.

Wobec tego Komisja zwraca się do W. P. Wytwórców, aby udzielili Komisji spisu swoich wytworów i uprasza również Zarządy szpitali i sanatorjów, Kolegów Lekarzy i P. P. Aptekarzy, aby nadsyłali Komisji dokładne adresy tych firm polskich, które dostarczają wymienionych wyżej przedmiotów, a zarazem wymienili te przedmioty swojego zapotrzebowania, które, wobec braku odpowiednich wytwórni polskich, muszą sprowadzać z zagranicy.

W interesie przemysłu polskiego musimy żądać, aby produkty polskie dorównywały w zupełności produktom zagranicznym. Upraszamy także pod tym względem o dostarczanie informacyj, które będą dla Komisji stanowiły cenne wskazówki. Komisja gwarantuje bezwarunkowo zachowanie tajemnicy co do osoby informatorów.

Wyroby uznane przez Komisję za godne do poparcia mogą być puszczane w obrót z napisem „Polecone i pozostające pod stałą kontrolą Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego".

Wszelkie pisma należy wysyłać pod adresem Dra A. Kuhna, przewodniczącego Komisji przem. lek. Tow. Lekarskiego, we Lwowie, Województwo.

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

O normie płacy za godzinę pracy lekarskiej w ambulatorjach i innych zakładach leczniczych.

Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 1924 r. uchwaliła normę płacy za godzinę pracy lekarskiej: **w wysokości 10 złotych.** Zgodnie z art. 22 Ustawy z dnia 2. XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie Polskiem — »jeżeli warunki płacy odbiegają od norm ogłoszonych przez Izbę Lekarską, lekarz winien zawiadomić o nich na piśmie Izbę«.

Naczelnik Izby: *Przyborowski.*
Pisarz Izby: *J. Sochacki.*

Lwowska Izba Lekarska.

Doszło do wiadomości Izby, że na zebraniu lekarzy Kas chorych we Lwowie w dniu 1 lutego, podniesiono, że Izba lekarska dąży do narzucenia lekarzom wolnego wyboru w Kasach chorych z krzywdą dotychczasowych lekarzy kasowych, którzy na mocy długoletniej pracy w Kasach nabyli już pewne prawa.

Zarząd Izby uważa wobec tego za wskazane sprostować informacje niezgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Zdaniem szerokich kół lekarskich, wyrażanem na rozmaitych Zjazdach, w uchwałach Stowarzyszeń i Związków, sprawa leczenia w Kasach chorych może być pomyślnie rozwiązana jedynie przez wprowadzenie wolnego wyboru lekarza. Zapatrywaniu temu dawano niejednokrotnie wyraz, motywując je, między innymi i tem, że jest to jeden ze środków zapobiegających sproletaryzowaniu naszego stanu, a jako przykład pomyślnego załatwienia sprawy podawano stosunki w Poznańskiem, gdzie od szeregu lat istnieje wolny wybór lekarzy ku zadowoleniu obu stron t. j. lekarzy i chorych. Izby lekarskie zatem, a wśród nich i Izba lwowska, stawiając zasadę wolnego wyboru, jako postulat stanu, spełniały tylko życzenie tych szerokich kół. Nie jest zatem zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy, aby to był tylko postulat Izby lwowskiej.

Pod względem formalnym nie jest zgodne z prawdą, jakoby Izby chciały powyższą zasadę wprowadzić wbrew woli lekarzy kasowych i bez uwzględnienia ich dobrze nabytych praw. Izba zdaje sobie sprawę i liczy się z tem, że systemu leczenia nie można zmienić z krzywdą dotychczasowych lekarzy i że ich prawa nabyte muszą być przy zmianie systemu należycie zabezpieczone. W jaki sposób, jest to rzecz szczegółowego obmyślenia sprawy. Powtóre Izba zdaje sobie z tego sprawę, że wpro-

wadzenia wolnego wyboru nie można dokonać bez porozumienia się, zgody i obmyślenia tego postulatu, przedewszystkiem wspólnie z dotychczasowymi lekarzami. W końcu należy stwierdzić, że Izba nie ma zamiaru systemu wolnego wyboru narzucać po szczególnym kołom lekarzy, ale jedynie jest gotową udzielić swego poparcia inicjatywie, wyszłej z łona lekarzy.

Dnia 14 lutego 1925. Izba lekarska we Lwowie.
Prezydjum Izby.

Okrąg Małopolski Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Krakowie.

Protokół 282-go posiedzenia Wydziału w dniu 10. stycznia 1925 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, uchwalono nie pośredniczyć w sprawie Dra E. A. z P., dopóki kolega ten nie wypełni swych pieniężnych zobowiązań względem Okręgu.

Przyjęto do wiadomości okólnik Wydziału Wykonawczego Związku Lekarzy P. P. w Warszawie w sprawie umów o posady dla lekarzy urzędniczych w Łodzi.

W sprawie Dra H. z Ch. o leczenie członków Kasy chorych w czasie stanu bezkontraktowego uchwalono zaprosić Dra H. na następne posiedzenie Wydziału w dniu 17. I. b. r. celem udzielenia wyjaśnień.

Odczytano i przyjęto do wiadomości pismo Administracji »Nowin Lekarskich«, donoszące o przemianie tego pisma z miesięcznika na dwutygodnik.

Na życzenie Sekcji lekarzy kasowych w Łodzi uchwalono przesłać regulamin służbowy dla lekarzy kasowych, który zgadza się niemal z regulaminem służbowym dla lekarzy Kasy chorych w Krakowie.

Przyjęto do wiadomości pismo Dra A. Karasia z Suchej w sprawie leczenia urzędników państwowych i w sprawie techników dentystycznych.

Przyjęto do wiadomości pismo Dr. J. Engelberga z Pomorzan.

Udzielono zasiłku w kwocie 100 Zł wdowie ś. p. Drze Józefie Pacynie, oraz Domowi Polskiemu im. Króla Jana III. Sobieskiego w Jaworowie w kwocie 25 Zł.

Protokół 283-go posiedzenia Wydziału w dniu 17. stycznia 1925 r.

Stowarzyszenie lekarzy Bielska, Białej i okolicy przesyła do oceny projekt umowy, mającej służyć za podstawę do rokowań z Pow. Kasą chorych w Białej. Uchwalono wprowadzić poprawki co do płacy w czasie choroby i urlopu, jakoteż odpowiednie zmiany innych punktów; ponadto uchwalono przesłać projekt regulaminu służbowego, opracowanego przez Związek, i zaprosić przedstawiciela lekarzy Pow. Kasy chorych w Białej na posiedzenie Wydziału celem ustnego omowienia sprawy.

Odczytano pismo Obwodu Drohobyckiego w sprawie wyborów do Zarządu Obwodu Drohobyckiego. Uchwalono odpowiedzieć, że należało wcześniej uwiadomić o terminie Walnego Zgromadzenia Wydział Okręgu, który byłby wysłał na nie swego delegata.

Odczytano pismo Dra Spannbauera w Suchej w sprawie leczenia urzędników państwowych. Uchwalono odpowiedzieć, by lekarze leczyli, nielicznych zresztą, biednych urzędników w Suchej bezpłatnie, a nie łakomili się na ochłapy, przynoszące ujmę godności stanu lekarskiego. Uchwalono przypomnieć zakaz leczenia urzędników państwowych bądź to za ryczałtem, bądź też za jednostkową opłatą, ofiarowaną przez rząd.

Protokół 284-go posiedzenia Wydziału w dniu 31. stycznia 1925 r.

Odczytano pismo Dra J. Porajewskiego z Sanoka w sprawie referatu Dra Fonferki odnośnie do taryf sądowych dla lekarzy. Uchwalono pismo to odesłać Drowi Fonferce celem przestudjowania i zdania sprawy na najbliższem posiedzeniu.

Wydział Wykonawczy Zw. Lek. P. P. prosi o przesłanie sprawozdania za rok 1924 do dnia 1 marca 1925. Przyjęto do wiadomości i uchwalono załatwić.

Dr. H. z Ch. donosi, że nie mógł przybyć na posiedzenie Wydziału w dn. 17 stycznia z powodu braku czasu. Uchwalono wezwać Dra H. na najbliższe posiedzenie Wydziału, a równocześnie zaprosić warunkowo Dra B. jako prezesa Obwodu. O ile Dr. H. nie zechce przybyć, sprawę przekaże się Izbie Lekarskiej w Krakowie.

Obwód Sanocki zapytuje się, czy lekarze dentyści, wychowankowie Instytutu dentystycznego w Warszawie, mają prawo należenia do Związku Lekarzy P. P.

Wydział Okręgu, uwzględniając statut Związku, sądzi, że lekarze dentyści, wychowankowie powyższego Instytutu, nie mają prawa należenia do organizacji lekarskiej, jednakowoż zasięgnie wiadomości u Wydziału Wykonawczego w Warszawie i wtenczas dopiero ostatecznie odpowie.

W sprawie taryfy dla leczenia urzędników państwowych uchwalono odpowiedzieć Zarządowi Głównemu w Warszawie, że Wydział Okręgu ze swej strony bezwarunkowo nie może przyjąć do wiadomości ofiarowanej taryfy, a natomiast proponuje 50% opust od zwyczajowych, miejscowych honorarjów lekarskich.

Omawiano sprawę Zakładu roentgenologicznego w Okręgowym Związku Kas chorych w Krakowie, gdzie leczy się prywatnie chorych za znizoną zapłatą, przez co obniża się, a raczej zabiera bezprawnie dochody prywatnym roentgenologom. Uchwalono zwrócić się jeszcze raz do Województwa w Krakowie po zebraniu odpowiedniego materjału dowodowego.

Odczytano list Dra Oskara Hoffnera z Drohobycza w sprawie rozciągniętego nad nim bojkotu koleżeńskiego. W swoim czasie Walne Zebranie Okręgu wykluczyło Dra Hoffnera z organizacji za przyjęcie posady kontraktowego lekarza dla leczenia funkcjonarjuszów państwowych w Drohobyczu. Ponieważ wskutek tego Dr. O. Hoffner nie jest członkiem Związku, Wydział Okręgu nie załatwi jego prośby. Uchwalono o tem zawiadomić Zarząd Obwodu Drohobyckiego.

Sekretarz: *Dr. Wł. Żydłowicz.* Prezes: *M. Cercha*

Wezwanie do wszystkich lekarzy m. Łodzi!

Zarząd Związku wzywa wszystkich lekarzy m. Łodzi do skrupulatnego zbierania wszystkich szczegółów, dotyczących:

1) odmawiania udzielania pomocy lekarskiej przez urzędników Kasy chorych;

2) odradzania wzywania lekarzy do domu chorych, obłożnie chorych, a skierowania ich do gabinetów lekarskich;

3) skierowywania, miast żądanego lekarza, do domu chorego felczerów pod pozorem lekarzy, którzy przepisują najróżniejsze środki lekarskie;

4) skierowywania chorego nie do żądanego imiennie lekarza, lecz do lekarzy częstokroć bez dostatecznych kwalifikacyj, którzy nigdy w Kasie chorych nie pracowali;

5) odmawiania prawa zgłaszania się do lekarzy celem dokonywania w przepisowym terminie zastrzyknięć (n. p. salvarsanu); odmawiania nawet wydania leków do zastrzyknięć, gdy ubezpieczony wyraża chęć opłacenia lekarza z własnej kieszeni;

6) udzielania pomocy »lekarskiej« przez pielęgniarki, akuszerki etc.;

7) powtarzanie recept lekarskich przez felczerów, urzędników (!!) Kasy chorych; przepisywania recept lekarskich ze zwykłego papieru na blankiety kasowe z fałszowaniem nazwiska.

We wszystkich tych i t. p. przypadkach należy dokładnie zbierać imię, nazwisko i adres poszkodowanego; nazwisko i siedzibę odnośnego urzędnika, aptekarza, felczera, akuszerki lub sanitarjuszki; zbierać materjał rzeczowy w postaci świstków z wymienionemi nazwiskami lekarzy, felczerów etc.; zbierać dokładny wywiad od wszystkich zainteresowanych.

Wszystkie te dane natychmiast komunikować lekarzowi dyżurującemu w Związku Lekarzy, Ewangielicka 9 tel. 33–50 w godz. od 9. do 1. i od 4. do 7. w.

Zarząd Związku Lekarzy P. P. O. Ł.

Wybuch bezrobocia lekarskiego w instytucjach Kasy Chorych w Łodzi.

W dniu 15 października 1924 Zarząd Związku Lekarzy P. P. O. Ł. wypowiedział z dniem 1 listopada 1924 umowę cennikową, obowiązującą od marca. Motywem wymówienia były niskie honoraria lekarskie w Łódzkich Kasach Chorych, niewytrzymujące krytyki nawet w porównaniu z innemi prowincjonalnemi Kasami Chorych, a różniące się o 75–100% in minus od honorarjów Warszawskiej Kasy Chorych. Oto przykłady liczbowe: opłata lekarza rejonowego za wizytę na mieście u obłożnie chorego wynosiła dla lekarza najmłodszej kategorji zł. 2, najstarszej zł. 2.80; wizyta dla lekarza specjalisty zł. 2.77. Dwunasto-godzinny dyżur nocny, podczas którego lekarz zobowiązany jest do załatwienia wszystkich zgłoszonych wizyt zł. 27. Dwunasto-godzinny dyżur świąteczny dzienny, z nieograniczoną ilością wizyt na miasto zł. 21, miesięczne wynagrodzenie za 1 godz. dziennie pracy ambulatoryjnej od 100–140 zł. Takie obniżenie stawek w Łódzkich Kasach Chorych w stosunku do innych Kas spowodowane zostało przez ustępliwe stanowisko lekarzy, którzy stale uwzględniali rzekomo krytyczny finansowy stan Kas chorych według oświetlania przez przedstawicieli Zarządu Kasy Chorych.

Wskutek świadomego przewlekania sprawy przez Zarząd Kasy Chorych i biurokratycznego załatwienia, polegającego na przesyłaniu spraw z jednej Komisji do drugiej, pierwsza konferencja w tej sprawie odbyła się dopiero w końcu listopada. Zaproponowana przez Zarząd Kasy Chorych 10% podwyżka zasadnicza i inne drobne ustępstwa, z których część, jak n. p. dotycząca lekarzy rejonowych, po zreorganizowaniu pomocy dla obłożnie chorych, w myśl projektu Kasy Chorych, doprowadziłaby faktycznie do obniżenia honorarjum, były dla lekarzy nie do przyjęcia. W bec nieprzejednanego stanowiska Zarządu Kasy Chorych Zarząd Związku, dążąc do pokojowego załatwienia zatargu, zwrócił się o pośrednictwo do Izby lekarskiej. Zainicjo-

wana przez Izbę lekarską wspólna konferencja nie dała żadnych faktycznych wyników, aczkolwiek Izba Lekarska na swoją odpowiedzialność, uznając w zasadzie słuszność żądań lekarzy, ale, chcąc znaleźć wyjście z wytworzonej sytuacji, zredukowała o 1/3 żądania lekarzy. (Lekarze żądali 175 zł. za ryczałtową godz. ambulatoryjną i 7 zł. za wizytę na mieście; propozycje Izby Lekarskiej sprowadzały się do 150 zł. za godzinę ambulatoryjną i do 5 zł. w przybliżeniu za wizytę do obłożnie chorego). Zarząd Kasy Chorych bez przeprowadzenia merytorycznej dyskusji, przeszedł nad tą propozycją do porządku dziennego. Wtedy Zarząd Związku za pośrednictwem Zarządu Głównego w Warszawie, który zaaprobował stanowisko Związku Łódzkiego, zwrócił się do p. Ministra racy i Opieki Społecznej. Na zwołaną przez Ministra wspólną konferencję, przedstawiciele Zarządu Kasy Chorych nie przybyli. Minister po zapoznaniu się z istotą sprawy, uznał za najodpowiedniejsze wyjście z sytuacji arbitrażowe załatwienie zatargu, na co delegacja lekarska wyraziła bezzwłocznie zgodę. Na odbytej w kilka dni później konferencji z przedstawicielami Zarządu Kasy Chorych p. Minister zaproponował arbitraż, wobec uzyskanej już poprzednio na to zgody lekarzy, Delegacja Zarządu Kasy Chorych przyjęła propozycję tę do wiadomości, zaś Zarząd Kasy Chorych na posiedzeniu, odbytem tego samego dnia, swym zwyczajem przeszedł i nad tą propozycją p. Ministra do porządku dziennego. W ten sposób wszystkie drogi pokojowego załatwienia zatargu zostały wyczerpane.

Całe postępowanie Zarządu Kasy Chorych w ciągu tego zatargu, a które sprowadzało się jedynie do »przechodzenia do porządku dziennego« nad wszystkiemi propozycjami lekarzy, uwieńczone odrzuceniem propozycji p. Ministra — arbitrażu, świadczyło o świadomem dążeniu do zignorowania Związku Lekarzy i do dyktowania mu warunków pracy i płacy. Jedyną reakcją ze strony lekarzy po uprzedniem wyczerpaniu wszystkich środków pokojowych, mogło być tylko konsekwentnie przerwanie pracy w instytucjach Kasy Chorych. Zarząd Związku stanął przed alternatywą: albo przyjęcia pod dyktando warunków płacy, a poniekąd i pracy (reorganizacja lecznictwa w myśl projektu umowy głownej Kasy Chorych, albo obrony powagi i godności Związku Lekarzy. Oczywiście wybrał to drugie. W dniu 8 b. m. Walne Zgromadzenie lekarzy kasowych uchwaliło przerwać pracę we wszystkich instytucjach Kasy Chorych, z dniem 16 lutego o godz. 7 rano, jeśli w ciągu tego czasu Zarząd Kasy nie cofnie swej poprzedniej uchwały i nie przyjmie propozycji arbitrażu.

Zainicjowana w międzyczasie przez Województwo wspólna konferencja nie doprowadziła do porozumienia, albowiem propozycja p. wice-wojewody Łyszkowskiego załatwienia zatargu drogą arbitrażu została przez radę Kasy Chorych odrzucona. To też w myśl zapowiedzi, w dniu 16 b. m. od samego rana ustała wszelka praca lekarska w Instytucjach Kasy Chorych. Jak wynika z powyższego, cennikowa geneza zatargu z biegiem czasu nabrała charakteru zasadniczego i tocząca się obecnie walka jest nietyle walką o polepszenie bytu materjalnego lekarza, ile walką o godność i powadę Związku Lekarskiego.

Koło lekarzy oficerów rezerwy.

W Stow. lekarzy polskich odbyło się zebranie organizacyjne Koła lekarzy-oficerów rezerwy w obecności władz wojskowych oraz licznych przedstawicieli świata lekarskiego. W zebraniu uczestniczyli m. i. pp. wiceminister spraw wojskowych gen. Majewski, szef depart. sanitarnego gen. Składkowski komendant wojsk. szkoły sanitarnej pułk. Hubicki i inni.

W przemówieniu wstępnem prezes Stow. lekarzy, dr. Jan Bączkiewicz, scharakteryzował doniosłe znaczenie przygotowywania kadr lekarzy wojskowych w czasie pokoju oraz rozwój służby sanitarnej w armji. Jest to niezmiernie ważna dziedzina w zakresie należytej obrony kraju. Mówca podkreślił z radością szerokie zrozumienie myśli przewodniej zebrania, o czem świadczył liczny udział zarówno przedstawicieli władz wojskowych, jak i lekarzy. Co do strony organizacyjnej, dr. Bączkiewicz pozostawił do uznania przyszłego zarządu Koła, czy ma to być sekcja przy Stow. lekarzy, czy też nowa samodzielna organizacja. W obu razach prezes Stow. lekarzy zapewnił koleżeńską pomoc.

Na przewodniczącego zebrania jednomyślnie powołano przez aklamację dr. J. Bączkiewicza, sekretarzem był dr. Wagner. Obrano tymczasowy Zarząd Koła, do którego weszli: kol. gen. Gurbski, maj. Szulc, mjr. Szczodrowski, Metelski, Gruszczyński, Kapuściński, Bałaban, Borkowski, Biron, Gromadzki i Zaorski. Zarząd powyższy opracowuje statut i regulamin Koła.

Po wyborach pułk. dr. Zembrzuski wygłosił ciekawy referat »O wojskowej szkole sanitarnej i jej zadaniach«. Szkoła ta powstała dla uzupełnienia personalu lekarskiego służby zdrowia w wojsku oraz dla uzupełnienia wykształcenia zawodowego lekarzy. Szkoła sanitarna przeznaczona jest dla lekarzy, dentystów i farmaceutów i mieści się w dawnym zamku Ujazdowskim przy szpitalu wojskowym. Szkoła liczy obecnie 140 słuchaczów skoszarowanych, studjujących na trzech pierwszych kursach Uniwersytetu. Na czele szkoły stoi komendant pułk. Hubicki, dyrektorem nauk jest pułk. L. Zembrzuski, wychowawcą, czyli dowódcą bataljonu, ppułk. Osmólski. Szkoła podlega wojskowemu Instytutowi sanitarnemu, którego szefem jest gen. dr. Jakesch.

W zakończeniu obrad p. wiceminister gen. Majewski podniósł gorąco podjętą ideę, poczem, zamykając zebranie, dr. Bączkiewicz wyraził nadzieję, iż podobne szkoły sanitarne powstaną we wszystkich większych ośrodkach wojskowości w Polsce.

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Obwodu Tomaszowskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w Powiatowej Kasie chorych w Tomaszowie Mazowieckim, powiat Brzeziński (woj. Łódzkiego), bez poprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

Czy gruźlica jest chorobą uprzywilejowaną ze względu na prawo emerytalne?

Sprawę tę omówił Dr. Mikołajski na Zjeździe lekarzy rządowych we Lwowie w dniu 4. stycznia b. r. a streszczenie jego referatu podano w Nr. 3 »Polskiej Gazety Lekarskiej z roku bieżącego. Dr. Mikołajski zwrócił się też przez Wojewodę lwowskiego do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o interpretację ustawy emerytalnej co do gruźlicy.

W odpowiedzi Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydała następujący okólnik:

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia.

Nr. Z. O. 8079/24. Warszawa, dnia 30 grudnia 1924 r.
Gruźlica w Komisji lekarskiej
dla spraw emerytalnych.

Do Panów Wojewodów, Pana Delegata Rządu w Wilnie, Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Okólnik.

Jeden z Panów Wojewodów wystosował do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) zapytanie, czy przy wykonywaniu postanowień ustawy z dnia 11. grudnia 1923 r. o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszy państwowych (Dz. Ust. Nr. 6 ex 1924., poz. 46) gruźlica podpada pod pojęcie »chorób zakaźnych, panujących epidemicznie« i czy należy również stosować art. 9., ustęp 2., lit. c., tudzież art. art. 11 i 12 ustawy, albowiem ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w zwalczaniu chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie (Dz. Ust. Nr. 67., poz. 402) w art. 3 wymienia gruźlice w szeregu chorób, podlegających obowiązkowi zgłaszania, a dawniejsza polska ustawa emerytalna z dnia 28 lipca 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 70 poz. 446) w art 4. postanawiała w razie gruźlicy doliczanie 10 lat służby do emerytury, a w art. 3., zabezpieczała funkcjonarjuszowi, choremu na gruźlicę — pobory emerytalne już po wysłużeniu 5 lat. W ustawodawstwie innych Państw wydano postanowienia, chroniące nauczycieli chorych na gruźlicę od zupełnej nędzy w razie usunięcia ich z posady.

Sprawa powyższa, mająca znaczenie zasadnicze, wymaga, aby Komisje lekarskie w całem Państwie postępowały jednolicie przy wydawaniu orzeczeń w powyższych wypadkach.

Ministerstwo Spraw wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby zdrowia) stoi na stanowisku następującem:

Jakkolwiek gruźlica płuc jest chorobą zakaźną, jakkolwiek przenosi się także bezpośrednio z jednego osobnika na drugiego, a także może się rozszerzać w danej miejscowości, czy okolicy, z większem lub mniejszem nasileniem (pandemia), to jed ak tylko w niektórych wypadkach może podpadać pod pojęcie art. 9. ustęp 2. lit. c ustawy emerytalnej.

Jeżeli nauczyciel, u którego przed przyjęciem do służby nie stwierdzono żadnych najmniejszych objawów gruźlicy, po wstąpieniu do służby bez własnej winy nabył gruźlicy płuc, która się szerzyła w miejscu jego służbowego pobytu i li tylko dlatego zostaje przeniesiony w stały stan spoczynku, że zachodzi obawa, aby choroba nie przeniosła się na młodzież, powierzoną jego pieczy, w takim wypadku będzie miał zastosowanie pkt. 2., lit. c. art. 9., względnie art. 11 i 12 ustawy emerytalnej.

Badanie winna przeprowadzić Komisja lekarska w myśl §. 2. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9. IV. 1924 r. (Dz. Ust. Nr. 34., poz. 355).

Za Ministra: *Wroczyński w. r.*
Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

Wspomnienie o Janie Bergonié.

Janowi Bergonié poświęcamy słowa wspomnienia nietylko dlatego, że należał w swem pracowitem życiu do rzędu uczonych, których dorobek naukowy pozostanie nazawsze w skarbcu wiedzy lekarskiej i biologicznej, lecz przedewszystkiem dla rzadko spotykanego bohaterstwa, którego dał dowody w swej działalności lekarskiej.

Jan Bergonié urodził się w r. 1857 w małej mieścinie francuskiej Casseneuil. Na Uniwersytet uczęszczał w Bordeaux, gdzie ukończył studja lekarskie. Bardzo młodo, bo w r. 1883, zostaje docentem tegoż Uniwersytetu. Jako młody uczony poświęcił się studjom nad zastosowaniem zjawisk elektryczności w biologji i w medycynie. Elektrodjagnostyka i elektroterapja, które dziś należą do arsenału codziennych metod lekarskich, były wówczas dopiero w zaczątkach. Ich dzisiejszy wspaniały rozwój zawdzięczamy, między innemi, Bergonié'mu. Szereg przyrządów skonstruowanych przez Bergonié'go stanowi dziś składową część inwentarza każdego elektroterapeuty.

W r. 1891 został Bergonié mianowany profesorem fizyki biologicznej i kliniki elektromedycznej w Bordeaux. Byłato jedna z pierwszych tego rodzaju katedr na świecie, a pierwsza we Francji.

Po odkryciu promieni Röntgena zajmuje się Bergonié również i tym działem. Działalność jego i tutaj jest bardzo owocna. Wspomnę tylko o prawie Bergonié-Tribondeau, które ujęło całokształt naszych wiadomości o działaniu promieni Röntgena na komórki żywe. Po odkryciu pierwiastków radjoaktywnych, zajmuje się Bergonié także ich stosowaniem technicznem.

Podczas wojny światowej Bergonié, już jako wiekiem starszy, pracuje w szpitalach wojskowych i tu oddaje znaczne usługji armji, udoskonalając sposoby znajdowania i usuwania ciał obcych uwięzgłych. Kiedy po wojnie zostaje ministrem zdrowia we Francji przyjaciel jego Strauss, Bergonié organizuje przy pomocy państwowej po raz pierwszy racjonalną instytucję dla walki z rakiem i tworzy w Bordeaux ośrodek przeciwrakowy, który staje się wzorem dla całego świata.

Praca Bergonié'go znalazła ogólne uznanie. Wyrazem tego był wybór jego na członka francuskiej Akademji umiejętności i Akademji lekarskiej Kiedy na Kongresie przeciwrakowym w Brukseli w roku 1922 utworzono Komitet organizacyjny Międzynarodowego Towarzystwa walki z rakiem, przewodniczącym tego Komitetu obrali przedstawiciele wszystkich państw jednogłośnie Bergonié'go.

Jak i inne państwa, tak i Polska korzystała z jego rad w sprawach, dotyczących walki z rakiem, i Bergonié interesował się żywo akcją wszczętą w tym kierunku przez b. ministra zdrowia, Chodźkę.

Skutkiem wieloletniej pracy z ciałami promieniotwórczemi wytworzyła się na rękach Bergonié'go przewlekła dystrofja skóry. Wiadomo, że w przypadku takim jedynym sposobem uniknięcia fatalnych następstw zrakowacenia zmian dystroficznych, jest zaprzestanie zupełne pracy radjologicznej. Bergonié tego nie uczynił. Następstwa nie dały na siebie długo czekać. Przed dwoma laty musiał poddać się odjęciu prawego ramieuia; nie odebrało mu to jednak zapału ani żywości w pracy. Nieubłagana choroba pojawiła się wkrótce i na lewej ręce, a ponowna amputacja nie powstrzymała fatalnego końca. W testamencie zapisał Bergonié ciało swoje Instytutowi Anatomji patologicznej dla badania zmian, wywołanych w niem działaniem ciał promieniotwórczych.

Przed dwoma laty fundacja Carnegie'go przyznała Bergonié'mu złoty medal za bohaterstwo dla nauki. Na kilka dni przed zgonem rząd francuski udekorował Bergonié'go orderem Legji honorowej wysokiego stopnia. Dekoracji dokonał w imieniu Rządu marszałek Pétain, czem zadokumentowano, że bohaterstwo Bergonié'go oceniono na równi z bohaterstwem tych, którzy zginęli na polu chwały za Ojczyznę.

Powyższych kilka słów niech stanowi dowód, że, jak na całym świecie, tak i w Polsce zrozumiano wysokie bohaterstwo Bergonié'go.

Pamięć jego przechowywana będzie zawsze ze czcią należną.

Ś. P. Dr. JULJUSZ DOŁNER.

Dnia 28. grudnia r. ub. zmarł w Łucku na dusznicę bolesną Dr. Juljusz Dolner, lekarz światły i człowiek zacny. Pomimo utraty wzroku był czynnym członkiem Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego, gdzie często zabierał głos w dyskusjach i wygłaszał odczyty wartości prawdziwie naukowej, jak n. p. »Rośliny lecznicze, trujące i pożyteczne, dziko rosnące na Wołyniu« (Polska Gazeta Lekarska 1922 r. str. 874 i 890) i »Nieżyt tchawicy, jako jednostka kliniczna« (Polska Gazeta Lekarska r. str. 487).

Dr. J. Dołner urodził się w 1875 roku w m. Dubnie na Wołyniu; w Żytomierzu ukończył gimnazjum, w Kijowie zaś Wydział lekarski Uniwersytetu. Ś. p. Juljusz pochodził z rodziny prawdziwie lekarskiej: dziad jego Franciszek był znanym lekarzem w Krzemieńcu, ojciec — Józef również cenionym — w Żytomierzu, dziad ze strony matki Dr. Józef Dropsy w Paryżu otrzymał nagrodę za pracę o zastosowaniu elektryczności do celów leczniczych.

Ś. p. Juljusz, jako specjalista chorób wewnętrzych i nerwowych, był ordynatorem Szpitala Gubernjalnego w Żytomierzu i jednocześnie profesorem szkoły felczerskiej. Wojna światowa przyprawiła go o ruinę materjalną i utratę wzroku; w Łucku osiadł, jako wychodźca, zajmując stanowisko lekarza przy rzymsko-katolickiem Seminarjum Duchownem i tutaj w sile wieku zakończył życie. Cześć Jego zacnej pamięci!

A Wojnicz, sekretarz stały Ł. T. L.

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Od Redakcji.

Upraszamy Panów Autorów o czytelne, możliwie maszynowe rękopisy, o równoczesne dołączanie do rękopisu tytułu pracy również w języku francuskim. Nadto zwracamy uwagę, że Polska Gazeta Lekarska nie będzie umieszczać artykułów, ogłoszonych już w ***innem polskiem piśmie lekarskiem****, jak również artykułów, które tylko* ***tytułem lub stylem zmienionym*** *różnią się od artykułów już gdzieindziej ogłoszonych.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. V. posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 6-go marca r. b. o godz. 9-ej wiecz. Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych; 2) wykład: dr. W. Janusz: **Trichomikoza układu nerwowego**«.

Przew. *K. Zgórski.* Sekretarz doroczny *K. Tyszka.*

Ze świata.

Radjo na usługach higjeny. Public Healthy Reporte donosi, iż dnia 21 lipca 1921 wysłana zostało drogą radjologiczną w świat pierwsza prelekcja higjeniczna w sprawie zachowania zdrowia. Wkrótce powstało biuro Health-by-Radio, które miało za zadanie wysyłać tą drogą w świat najciekawsze odczyty. Od stycznia 1924 r. odbywają się systematycznie raz tygodniowo wykłady skierowane do wszystkich stacyj radjologicznych ze stacji nadawczej w Washingtonie.

Pierwszeństwo w zastosowaniu środków zapobiegawczych przeciw gnilcowi należy się, według angielskiego pisma Medic. Officer., Kapitanowi Cook'owi, słynnemu odkrywcy Australji. Z pamiętnika jego z dnia 13 kwietnia 1769 r. wynika, że zalecał on załodze swej spożywać większe ilości kapusty kiszonej, jarzyny zielonej, zupy jarzynowej, pomarańcz i cytryn oraz musztardy, octu i cukru w celu uniknięcia przykrej choroby obrzmienia gnilnego dziąseł.

Komisja dla nagrody rakowej. Doktor Sofia A. Nordhoff-Jung zawiadamia, że, stosownie do życzenia fundatorki, nagroda będzie udzielano co 2 lata w podwójnej wysokości, a więc w wysokości 1000 dolarów. Najbliższa nagroda zostanie udzielona w r. 1926.

Zmarli.

Dr. Józef Kołaczkowski, właściciel znanego zakładu leczniczego, zmarł w Szczawnicy, dożywszy sędziwego wieku.